

#7 모유수유 지원 모성 정책 모델

Maria-Teresa Herna'ndez-Aguilar,^{1,2} Melissa Bartick,^{3,4} Paula Schreck,⁵ Cadey Harrel,⁶과
모유수유 아카데미

모유수유 아카데미 중심 목표는 상업적인 이득이나 영향을 받지 않고, 모유수유 성공에 영향을 미칠 수 있는 흔한 의학 문제에 대처할 임상 프로토콜을 개발하는 것이다. 이 프로토콜은 모유수유모와 아기의 관리를 위한 지침 역할을 할 뿐이며 배타적 치료나 표준 의학 관리 방법을 의미하지는 않는다. 치료에 있어서는 개별 환자의 필요에 따라 변용함이 타당할 것이다.

배경

모유수유는 생물학적 규범이며 젖을 일찍 끊으면 엄마와¹⁻⁵⁽¹⁾⁶ 아기의^{2,7-14(1)} 건강상 위험이 증가되고, 전 세계적으로 사회적 비용이 상당히 높아진다.^{2,15(1),6,16} 엄마와 아기의 산육기 돌봄은 장차 이들의 모유수유 성공¹⁷⁽²⁾^{18,19}, 건강 및 생명¹⁵⁽¹⁾¹⁶에 영향을 미칠 것이다. 이러한 보살핌을 세계적으로 향상시키기 위해, 세계보건기구와 유니세프는 1991년 아기에게 친근한 병원 운동(Baby-Friendly Hospital Initiative)을 출범시켰고, 그 후 2차례 개정하였다.^{20,21} 27년이 경과하면서, 이 운동은 세계적으로 시행되었고²²; 영아 건강을 상당히 개선하였으며²³⁻²⁵⁽¹⁾; 모유수유 시작, 기간 및 완전모유수유율을 증가시켰다.^{1,24-27(1)} 아기에게 친근한 병원 운동은 다양한 국제기구가 승인한, 분만 시설²⁸을 위한 근거 기반 정책의 대표적 표준으로 간주된다.²⁸⁻³⁰ 그러나, 건강의 사회, 구조적 결정 요인과 관련하여 모유수유 불균형은 여전히 만연해 있다.^{8,15,31,32(1),33} 이로 인해 여성과 소아의 불공평한 이환율 및 사망률^{33,34}과 건강 불평등이 초래된다.^{7,35,36(1),33} 그러나, 그 무엇보다도, 아기에게 친근한 병원 운동²⁽¹⁾, 진통과 분만 중 지속적인 일대일 지원, 문화적으로 민감한 보살핌^{37(M)} 또는 동료 지원³⁸⁽¹⁾ 등 모유수유를 돕는, 근거에 입각한 모성 관행을 시행함으로써 불평등이 감소될 수 있을 것이다.

목적

주산기 관리 관행은 분만 방법에 영향을 미치고, 모유수유 및 엄마와 아기의 건강에도 영향을 주며⁴⁰⁻⁴⁴⁽¹⁾⁴⁵⁽²⁾^{46(H)}^{47,48}, 엄마의 만족도에 영향을 미친다^{49(H)}. 그러므로, 모유수유 정책은 모성 관리 정책 전반으로부터 분리될 수 없다. 이 프로토콜의 목적은 "영아 섭식 정책"을 포함하여 "모유수유 지원 모성 정책 모델"을 제공하는 것이다. 모유수유를 표준으로 인식하기 위한 일보로서 "모유수유 정책"보다는 "영아 섭식 정책"이라는 용어를 대신 사용한다. 이것이 포괄적이다 (완전히 모유대체품만으로, 혹은 유축 젖으로만 보충하거나, 성전환 후 가슴수유로 보충하는 부모들을 위해 적절한 지원을 보장하므로). 이는 또한 개정된 2018년 세계보건기구 10단계^{21(표 1)}에서 사용되는 용어이기도 하다.

우리는 양질의 주산기 관리를 시행할 시설의 모델이라는 목적에 맞게, 이 문서에는 근거에 입각하거나 국제적으로 권고되는 사항을 기반으로 한 내용만 포함시켰다. 이는 예를 들어, 기관명과 개정일 등을 각 특정 기관에 맞추어 적용할 필요가 있을 것이며, 승인과 시행을 위해 각 시설의 제도적 절차를 따라야 한다.

¹ Breastfeeding Clinical Unit Dr. Peset, University Hospital Dr. Peset, National Health Service, Valencia, Spain.

² National Coordinator of Spain Baby-Friendly Initiative (IHAN-España Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), Madrid, Spain.

³ Department of Medicine, Cambridge Health Alliance, Cambridge, Massachusetts.

⁴ Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

⁵ Department of Pediatrics, Ascension St. John, Detroit, Michigan.

⁶ Department of Family Medicine, University of Arizona, Tucson, Arizona.

우리는 여기에 기술된 권장 사항 중 일부는 각국의 특정 상황에 맞게 조정해야 할 수 있음을 알고 있다 (예: 조산사가 없는 국가는 다른 유형의 의료인이 정상 분만에 참여할 수 있다).

아기에게 친근한 병원 운동이 현재 입증된 효과를 보이는 최상의 모델이기 때문에, 이 프로토콜은 아기에게 친근한 병원 운동의 "국제 기준"²¹에 들어 있는 모든 요소를 포함한다. 일부 국가에서는 아기에게 친근한 인준 기준은 국제 기준이나 여기에 설명된 기준보다 다소 엄격할 수 있다. 따라서, 특정 국가의 필요조건을 충족시키려면 이 모델 정책에 소소한 변경이 필요할 수 있다. 신생아집중치료실을 위한 철저한 권고 사항이 이미 출판되었기에, 본 프로토콜은 그와 관련된 몇몇 특정 요건은 다루지 않는다.^{50,51}

표 1. 성공적인 모유수유를 위한 10단계 (2018년 개정)

<p>주요 관리 절차</p> <p>1단계. 정책</p> <ul style="list-style-type: none"> I a. 모유대체품 판촉에 관한 국제규약과 관련 세계보건총회 결의문을 온전히 준수한다. I b. 직원과 부모들을 위해 일상적으로 소통되는 문서화된 영아 수유 정책을 마련한다. I c. 지속적 감시와 자료 관리 체계를 구축한다. <p>2단계. 모유수유를 지원할 충분한 지식, 능력, 기술을 직원들이 확실히 갖추도록 한다.</p> <p>주요 임상 관행</p> <p>3단계. 임산부와 가족들과 함께 모유수유의 중요성과 관리에 대해 논의한다.</p> <p>4단계. 출산 후 되도록 빨리 즉각적이고 지속적인 모자간 피부 접촉을 용이하게 하고, 모유수유를 시작하도록 엄마를 지원한다.</p> <p>5단계. 엄마가 모유수유를 시작하고 유지하며 흔한 문제들에 대처할 수 있도록 지원한다.</p> <p>6단계. 의학적 적응증이 없다면, 모유수유 중인 신생아에게 모유 외에 어떤 음식이나 음료도 먹이지 않는다.</p> <p>7단계. 엄마와 아기가 함께 지내면서 하루 24시간 내내 모자동실을 실천할 수 있게 한다.</p> <p>8단계. 엄마가 아기의 수유 신호를 알아차려 반응할 수 있도록 돕는다.</p> <p>9단계. 엄마에게 수유병, 인공젓꼭지, 노리개젓꼭지 사용과 위험에 대해 상담해 준다.</p> <p>10단계. 부모와 아기가 시기에 맞게 지속적으로 지원과 보살핌을 받을 수 있도록 퇴원을 조율한다.</p>

세계보건기구-유니세프의 10 단계에서 발췌.²¹

2018년 정책 프로토콜에 관하여

이 포괄적 프로토콜은 다음과 같은 여러 모유수유 아카데미 프로토콜 내용을 포함하고 있다: #1 (저혈당 지침),⁵² #2 "(퇴원),⁵³ #3 (만삭 신생아 보충수유),⁵⁴ #5 (주산기 모유수유 관리)⁴⁸ #8 (만삭 신생아를 위한 가정에서의 모유 저장 정보),⁵⁵ #10 (후기 조산아와 조기 만삭아의 모유수유),⁵⁶ #14 (모유수유에 친근한 외래 진료실),⁵⁷ #19 (산전 단계에서 모유수유 증진)⁵⁹ #21 (모유수유와 약물 중독 및 약물 사용 장애에 대한 지침)⁵⁹ #26 (모유수유 중 지속적 통증),⁶⁰ 및 #28 (모유수유모를 위한 산욕기 통증 완화).⁶¹

PubMed와 LILACS를 이용하여 과학 문헌 검토(최근의 성명서/지침^{21,50,51,62-66} 포함)를 철저하게 시행하였다. 검색에는 2011년부터 2018년까지 영어, 스페인어, 프랑스어 및 포르투갈어로 된 문서가 포함되었다. 1,000개 이상의 초록을 검토하여, 그 중 질이 낮은 것은 제외하였고, 최종적으로 논문 총 302개를 모두 분석하였다. 정량적 근거로는 2011년 옥스포드 센터의 근거 기반 의학 기준(OCEBM)에 따라 평가하였다. 즉 근거 수준을 기준에 따라 (1)부터 (5)까지 점수화하였다.⁶⁷ 정성적 근거는 GRADECERQual에 따라 H(높음 HIGHER), M(중등도 MODERATE), L(낮음 LOW), VL(매우 낮음 VERY LOW)으로 분류하였다.⁶⁸ 주어진 근거 수준 앞의 모든 인용문헌은 그 근거 수준에 해당된다. ABM 프로토콜 등 전문가 지침이나 국제 지침에는 근거 수준을 붙이지 않았으며, 특정 연구는 근거 범주 수준에 해당되지 않는다.

우리는 분만한 사람의 파트너가 남녀 모두 가능하다고 인정한다. 또한, 대부분 여성이 출산을 하지만, 성전환 남성과 제3젠더인 사람도 출산할 수 있으며 많은 사람들이 모유수유나 가슴에서 먹이고 (가슴수유) 싫어하는 것을 인정한다. 흥벽을 편평하게 하기 위해 유방 실질 전체 또는 부분 제거 수술을 받은, 남성으로 성전환한 일부 여성들이 다양한 젖 생산 경험을 보고하기도 한다. 그들은 보충수유 도구나 모유수유를 통해 가슴에서 수유를 하고 싶어하기도 하고, 반대로, 일부 성전환 부모들은 모유수유나 가슴수유^{69(M)} ^{70(VL)}라는 개념을 불편해 할 수 있다. 본 문서 전반에 걸쳐, 우리는 "엄마", "출산한 사람" 또는 "부모"를 통용하여 언급한다.

우리는 입양된 신생아와 그 입양 부모⁷¹⁽⁵⁾, 대리모가 낳은 아기와 그 대리모/대리부모⁷²⁽⁵⁾도 동일하게 애착을 형성하고 영아수유(선택한 경우라면 모유수유도)에 도움을 받을 권리가 있으며, 따라서 이들을 "엄마", "부모", "아기"라는 용어에 포함시켰다.

아래의 "분유"라는 용어는 성장기 분유나 모든 "특수분유"를 포함하며 모든 종류의 영아용 조제분유와 모유대체품을 지칭한다.

권장 사항

모유수유를 지지하는 모성 정책 모델

정책

1. 모유수유는 인간 엄마와 아기를 위한 생물학적 표준이며 인공수유와 조기 이유가 엄마와 아기의 건강에 유의한 해를 미치므로, 본 기관은 모유수유를 증진한다.^{1-5,7-14} (1).⁶
2. 아기에게 친근한 병원 운동이 모유수유율 및 모유수유 기간과²⁴⁻²⁷(1) 아기의 건강²³(1)⁶²에 유의한 긍정적 영향을 주므로, 본 기관은 기관의 분만 관리를 증진시키는 가장 효과적인 최선의 중재로 인식한다.
3. 이 문서는 본 기관의 모성 정책을 구성하며 모유수유를 지원하는 영아 섭식 정책 (또는 헌신적인 모유수유 정책)으로 이루어진다. 이 정책은 전 직원의 의무사항이며 이를 지키지 않을 경우는 상당한 이유가 있어야 하며 그 이유를 엄마 및/또는 아기 임상 기록에 기록해야 한다.²¹ 이 정책은:
 - A. 모유수유 보호, 증진 및 지원과 그 시행 감시를 위해, 직원들의 임상적 역량과 기술을 보장하는 모유대체품 판촉에 관한 국제규약 및 관련된 세계보건총회 결의문 (국제규약)^{65,66} 준수에 관한 제도적 책임을 다룬다.
 - B. 최상의 모성 및 영아 보호를 보장하고 최선의 영아 수유 관행을 적절히 지원하기 위한 직원의 책임 (주요 임상 관행의 시행)을 다룬다.
 - C. 분만 시설에 이용되는 모유수유 및 영아 수유와 관련된 모든 프로토콜과 기준이 세계보건기구 권고(즉, 아기에게 친근한 병원 운동 기준)와 현재의 근거 중심 지침 및 프로토콜에 부합해야 함을 언급한다.^{21,63}
 - D. 진통 및 분만 중 필수적인 질 관리와 분만 질 관리 전달의 일환으로, 출산 직후 모자간 피부 접촉 (SSC) 및 적극적인 모유수유 지원을 증진한다.⁷³
 - E. 입양아를 포함하여 모든 신생아와 부모들을 위해, 문화적으로 겸허하며, 정중하고 차별 없는 보살핌을 보장한다.^{21,63,73}
 - F. 엄마와 가족을 돌보고 지원함에 있어 시기 적절하고, 적합하며, 그들의 필요에 민감하고^{21,62,63} 사생활 및 정보에 근거한 의사 결정^{57,63}을 존중하며, 의료진 간의 협조를 확보한다.

4. 이 정책 시행을 보장하려면:

- A. 이 정책의 시행을 감시, 감독할 목적으로 주된 관심사가 모유수유인, 영아섭식/모유수유 위원회를 수립한다⁷⁵⁽¹⁾. 이 위원회는 기타 병원 질 향상위원회 및 임상 관행에 준한다.
- B. 정책은 다학제적이면서 문화적으로 적절해야 하며 엄마와 신생아 건강, 질 보증 및 관리 분야의 결정권자, 의료기관/의사, 간호사, 조산사, 수유 전문가, 기타 적절한 직원 및 부모 대표로 구성되어야 한다. 선출된 모유수유 조정자와 비서가 이사회를 주재하고 답변한다.²¹
- C. 위원회 위원들은 적어도 6개월마다 감시 목적으로 만나게 된다. 위원들이 정책 시행을 평가하고 기관의 정책 준수 평가 빈도를 결정한다. 위원회 위원들은 정책을 준수하기 위해 필요한 행동을 정의한다.²¹
- D. 모유수유 및 모자 관리 지표와 정책 시행을 통상적으로 추적할 자료 수집 장치가 마련되어 주산기 관리의 질을 지속적으로 감시하고 향상시키게 된다.²¹ 필수적으로 모유수유 지표를 시설 질 향상 감시 체계에 통합해야 한다.
 - 조기 모유수유 시작 및 완전모유수유는 감시 지표(sentinel indicators)로 간주되므로 일률적으로 추적해야 한다.^{21,63}
 - 영아섭식/모유수유 위원회가 필요하다고 판단하면 다른 지표를 추가할 수 있다.
- E. 모든 직원이 입사 후 1주일 이내와 그 후 정기적으로 이 정책에 대해 적절한 오리엔테이션을 받게 된다.²¹
- F. 부모들이 손쉽게 이용할 수 있도록 사용하기 편한 정책 요약본을 제공한다. 정책 시행과 관련하여 논평, 칭찬, 혹은 불만을 시정할 명확한 서면 책임 체계가 있으며, 그 내용을 정기적으로 개정할 수 있도록 엄마와 가족들이 쉽게 접근할 수 있는 의견 제시 기제를 마련한다.⁶³

5. 본 기관은 직원들이 어려움 없이 모유수유를 할 수 있게 하며, 수유 휴식 시간을 허용하고, 직원들이 (전공의를 포함하여)⁷⁶⁽³⁾ 적절한 조건 하에 모유수유를 하고, 젖을 짜고, 저장할 적합한 공간을 마련한다.⁷⁷⁽¹⁾⁷⁸⁽³⁾

6. 국제규약 및 관련된 세계보건총회 결의문^{21,66}을 지키지 않는 것이 모유수유의 주된 방해 요인이므로, 본 기관은 이를 준수한다 ⁷⁹⁻⁸²⁽¹⁾^{83(M)}⁸⁴⁽³⁾.

- A. 본 기관은 조제분유뿐 아니라 국제규약에 포함된 관련 제품들을 판촉하지 않는다. 이들 제품("업계")의 직원, 제조사 및 공급사가 본 시설 내부에서 일반인들과 직접적으로 접촉하는 것을 허용하지 않는다.⁷⁹⁽¹⁾^{83(M)}^{21,63,66}
- B. 모든 종류의 선물(직원들을 대상으로 한 비과학적 문헌, 자료, 장비 또는 엄마/가족을 대상으로 한 사은품 패키지를 포함하여), 모든 진열(포스터나 플래카드 포함)이나 브랜드 로고가 들어 있는 교육 자료, "업계"가 지원하거나 지불하고 직원, 임산부, 엄마 또는 가족을 대상으로 하는 모든 종류의 행사가 금지된다.^{63,84(3)}⁶⁶
- C. 본 기관이 필요로 하는, 국제규약 상 모든 제품은 (조제분유, 인공젖꼭지, 수유병, 혹은 노리개젖꼭지 등) 공정한 시가로 구입한다 ⁸⁰⁽¹⁾⁶⁶
- D. 의료인이 이해 상충을 피하고 엄마들에게 상충되는 조언을 하지 않도록 국제규약에 관한 교육을 받는다^{81,85(1)}^{83(M)}.
- E. 제조사의 식품이나 제품을 홍보하는 메시지는 엄마나 가족을 대상으로 한 교육 자료에 허용되지 않는다.
- F. 본 기관은 영아용 조제분유의 안전한 준비와 수유 및 수유병과 인공젖꼭지의 안전한 취급을, 그것이 필요하거나 (임상적 보충수유 적응증이 있거나, 모유수유가 금기이거나 (표2), 혹은 불가능한 경우), 부모가 정보에 근거한 선택을 한 경우(모유대체품의 위험성을 충분히 설명한 후)에 한해 반드시 출산한 사람과 배우자에게 시연해 보여준다.^{21,63} 본 기관은 조제분유 사용에 대해 단체 교육을 하지 않으며, 젖을 먹이지 않기로 한 엄마들에게 모유수유하지 않을 경우의 위험을 충분히 설명한다.²¹

표 2. 모유수유 금기

엄마 상태	
에볼라 바이러스 (Ebola)	엄마가 에볼라 바이러스로 의심되거나, (이 경우는 배제될 때까지) 확진된 경우
헤르페스 바이러스 (Herpes)	유방에 활동성 포진 병변이 있는 엄마는 그 쪽으로 젖을 먹이지 말아야 하며, 감염되지 않은 유방으로는 모유수유를 할 수 있다. 모유 자체를 통한 혈액학적 전파 우려가 없기 때문에, 병변 쪽 유방에서 젖을 짜도 된다. 그러나, 유축기를 통해 젖이 오염될 수 있으므로, 유축기 일부라도 헤르페스 병변에 닿는다면 그 젖은 버려야 한다. 이 경우, 모유수유가 재개될 때까지 유축으로 젖양을 유지하도록 격려해야 한다.
인간면역결핍바이러스 (HIV)	인공수유가 수용 가능하고, 실현 가능하며, 저렴하고, 지속 가능하고, 안전한 지역에서는, 인간면역결핍바이러스나 HTLV I/II 에 감염된 엄마는 모유수유 금기에 해당된다. 각국 권고 사항이 다를 수 있으므로 현지 당국에 확인한다. (예, 미국 정부는 2018 년 현재, 미국 내 HIV 감염 여성에게 모유수유를 권장하지 않는 것으로 선언하였지만, 모유수유를 원하는 사람들을 위한 지침 및 상담은 제공한다.)
인간T림프친화성바이러스 1형과 2형 (HTLV I/II)	
수두	산전 5 일~산후 48 시간 이내에 수두가 발병하는 경우, 엄마가 전염성이 없어질 때까지 엄마와 아기를 격리하고, 짠 젖을 먹고, 가능한 빨리 아기에게 수두 면역글로불린(Varicella-Zoster Immune Globulin)을 투여한다. 피부 병변과의 긴밀한 접촉을 피한다. (연장아라면, 엄마의 피부 병변이 나타나기 전에 전염성이 있어 아기가 이미 노출되었으므로 격리를 권장하지 않는다.) 전문가의 자문이 필요하다.
브루셀라(Brucella)	치료받지 않은 엄마의 브루셀라증
결핵	치료받지 않은 활동성 폐결핵에 걸린 엄마는 더 이상 전염성이 없어질 때, 즉 치료 15 일째까지, 직접 모유수유를 하지 말아야 하며, 단, 유축해서 먹일 수는 있다. 그러나, 분만 15 일 이전에 진단된 경우가 아니라면, 엄마의 진단 시점에 아기는 이미 결핵에 노출되었을 것이고, 따라서 예방적 아이나(INH)를 먹여야 한다. 아기가 벌써 치료를 받고 있는 중이라면, 엄마와 아기를 격리할 이유는 없다. 전문가의 자문이 필요하다.
약물	항암 화학 요법과 같은 치료 중에는 일시적 또는 영구적으로 모유수유 중단을 권고할 수 있다. LactMed, InfantRisk.com, e-lactancia, Lactation Study, 및 기타 각 지역 사회 내에서 구할 수 있는 정확한 자료를 확인한다.
불법 약물	아기의 의료진이 각각의 사례별로 결정한 바, 불법 약물 (예: 코카인, 헤로인, 펜사이클리딘(phencyclidine)을 현재 사용 중인 경우.
아기 상태	
선천성 대사 이상	갈락토스혈증 (Duarte 변형으로 부분 모유수유가 가능한 경우는 예외). 선천성 유당분해효소 결핍. 일부 선천성 대사 이상에서는 보충수유가 필요할 수 있다. (페닐케톤뇨증, 메이플시럽병).

출처: (ABM Protocols),^{59,60} (공식 권고사항들),^{172,180} (웹 페이지),¹⁶⁹⁻¹⁷¹ 그리고 (5).¹⁸¹⁻¹⁸⁴

괄호의 숫자는 OCEBM⁶⁷(본문의 다른 곳과 마찬가지로)에 따른, 근거 수준(LOE)을 나타낸다.

직원 교육.

7. 본 기관은 엄마와 아기를 담당하는 모든 직원이 모자를 적절하게 보살피고 모유수유 관리에 필요한 지식과 기술을 갖추도록 보장한다^{86, 87(1)¹⁷(2)(표 3)²¹}. 특정 직원이 전 직원들의 교육 활동을 조정하고 교육을 기록한다⁷⁵⁽¹⁾.
- A. 모유수유 관리^{88,89} (1), 엄마와 아기 관리, 대인 소통, 상담(2)⁶³에 대한 의료진의 지식과 기술을 채용 시와 이후 주기적으로 평가한다.
- B. 아기에게 친근한 병원 운동 모유수유 교육 및 기술 표준은 모든 직원에 대한 최소 요구 사항이다.²¹ 이전 교육이 요구 사항에 못 미치면 언제나 추가 교육이 필요하며, 모유수유와 수유 관리, 그리고 역량을 고용 후 6개월 이내에, 이상적으로는 2개월 안에 검증한다.
- C. 아기에게 친근한 병원 운동 안내서^{87,93(1)}와 본 정책을 반드시 준수하기 위해 적절한 내용과 기간이 명시된 보수교육과 주기적인 업데이트(1)⁶²를 필요에 따라 제공한다.²¹
- D. 지지적인 감독⁹⁴⁽²⁾을 통해, 본 정책에 따라 관리를 하고 모든 부모들에게 정확하고 일관된 최신 정보가 제공되도록 보장한다.⁶³

표 3. 분만 기관 내 엄마와 아기 담당 직원에서 평가할 능력 목록

1. 엄마를 상담하기 위한 청취 및 학습 기술과, 자신감을 확립하고 지지하기 위한 기술 사용 방법.
2. 임신부에게 모유수유에 관해 조언하는 방법.
3. 최적의 모유수유 양상에 대해 엄마에게 설명하는 방법.
4. 엄마에게 본인 자신의 건강에 대한 모유수유의 이점에 관해 조언하는 방법
5. 분만 후 1시간 이내에 모유수유를 시작하도록 엄마를 돕는 방법.
6. 모유수유를 적절하게 평가하는 방법.
7. 엄마가 모유수유를 위해 자신과 아기의 자세를 잡고 젖을 올바르게 물릴 수 있도록 효과적으로 도울 수 있는 방법.
8. 엄마가 젖을 짜서 컵으로 아기에게 먹이도록 돕는 방법.
9. 가장 흔한 모유수유 문제에 대해 엄마를 돕는 방법
 - a. 젖양이 부족하다고 생각하는 엄마;
 - b. 자주 우는 아기의 엄마;
 - c. 모유수유를 거부하는 아기의 엄마;
 - d. 편평 유두나 함몰 유두인 엄마;
 - e. 유방이 울혈된 엄마;
 - f. 유두가 아프거나 갈라진 엄마;
 - g. 유선염이 있는 엄마;
 - h. 저체중아나 아픈 아기 때문에, 필요 시 유방에 부착한 보충수유 관이나 다른 도구를 사용 중인 엄마;
10. 보건 시설에서 국제규약을 시행하는 방법.

출처: 세계보건기구-유니세프.²¹

산전

8. 엄마는 모유수유에 가장 도움이 될 출산 경험을 하게 된다. 원하는 모유수유 목표 등, 상세한 모유수유 과거력을 산전 병력의 일부로 임상 차트에 기록한다⁹⁵ (1).⁵⁸
9. 본 시설은 이곳에서 산전 관리를 받는 모든 임신부가 자신의 우려와 필요에 맞게 개별화된 산전 모유수유 지원 및 교육^{75,87,96(1)⁴¹(2)}을 받도록 보장한다. 엄마들이 모두 필요한 정보를 받을 수 있도록 산전 관리를 제공하는 관련 시설과 협업한다.
- A. 조기에 출산할지 모를 여성에게 정보가 부족해지지 않도록 교육은 첫 번째 또는 두 번째 방문 때 일찍 시작된다.²¹
- B. 일대일 또는 소그룹 교육이 진행되며⁹⁷⁽¹⁾ 파트너 및 가족의 참석이 권장된다^{98,99} (1).⁵⁸
- C. 산전 교육을 제공하는 이로는 조산사^{100(1)¹⁰¹(1)}와 모유수유전문가 등 기타 의료인¹⁰²이 선호된다.

- 10. 매 방문 시 제공되는 교육은 산모의 임상 차트에 기록되며, 앞으로 제공될 정보와 일정을 모든 산모에게 알려준다(표 4).²¹ 임산부에게 가르칠 교육 과정에는 모유수유에 필요한 필수 정보가 포함되며 이는 지역 사회에서 가족들에게 산전 교육을 하는 인근 단체들과 공유된다.
- 11. 자존감 ¹⁰³(3)과 성 평등을 포함하여 자율권 부여 기술을 높이기 위해 특별히 행동학적, 심리교육학적 접근 ⁵⁸ 이 고려된다.
- 12. 교육은 엄마의 개인적 요인(배경, 민족, 문화, 사회경제적)⁵⁸ 과 모유수유율이 낮은 위험군 엄마들(즉, 청소년 ¹⁰⁴(1), 비만 ¹⁰⁵(1), 불법체류자 ¹⁰²(1),¹⁰⁶(M) 또는 사회적 혜택을 받지 못하는 군 ^{87,96}(1),¹⁰⁷(2),¹⁰⁸(M))의 특수 요구 사항에 맞게 조정된다: 기관 방문이 어려운 가정에게는, 필요하다고 판단되면 mHealth(의료 서비스에 대한 이동식 무선 장비 사용) 교육이 제공된다 ¹⁰⁹ (1).²¹

표 4. 산전 교육에서 다루어야 할 주제, 일정 모델

방문 날짜(임신 주수)	주제	의료진 서명
임신 주수: __ 방문 # __	1. 존중 받는 분만 관리를 받을 권리-이는 모든 여성이 진통과 출산 동안 자신의 품위를 유지하고, 사생활과 비밀을 존중 받으며, 유해하거나 잘못된 치료를 절대로 받지 않고, 정보에 입각한 선택을 하고 지속적인 지지를 받을 수 있는 방식으로 체계화된 관리를 제공받음을 의미한다.	
임신 주수: __ 방문 # __	2. 진통 중 비약물적 통증 완화 방법과 분만 방법이 모유수유 성공에 미치는 영향	
임신 주수: __ 방문 # __	3. 모유수유의 국제적 권장 및 중요성, 첫 6 개월간 완전모유수유의 중요성, 모유대체품 제공의 위험성, 6 개월부터 적절한 이유식을 하면서 1년 혹은 2년 이상 모유수유를 지속하는 것의 중요성	
임신 주수: __ 방문 # __	4. 출산 후 즉각적이고 지속적인 모자간 피부 접촉의 중요성	
임신 주수: __ 방문 # __	5. 모유수유 조기 시작과 24 시간 내내 모자동실의 중요성	
임신 주수: __ 방문 # __	6. 아기의 적절한 영양을 위한 젖 공급과 수요의 기본	
임신 주수: __ 방문 # __	7. 올바른 자세와 젖 물림, 그리고 배고픈 신호 인식의 기본	
임신 주수: __ 방문 # __	8. 통증, 몰아서 먹기, 졸린 아기, 젖 물림 문제, 울혈, 그리고 안전한 수면 관행 등 가장 흔한 초기 문제 관리	

각 기관 그리고/또는 국가별 아기에게 친근한 병원 운동의 요구 사항에 따라, 주제와 산전 정보를 특정 시점에 다루어야 할 수도 있다 (예를 들어 미국의 아기에게 친근한 병원 운동에서는 28 주 이전에 주제를 다루도록 요구됨). 출처: (괄호 안의 숫자는 OCEBM⁶⁷ 에 따라 부여된 증거 수준을 나타냄: (1),^{40,44,186-187} (2),^{43,107,188 189-190} (5),¹⁸⁹⁻¹⁹⁰ (지침 또는 프로토콜은 평가되지 않음).^{21,28,62,63,73}

방문 #, 방문 차수; 임신 주수: 방문해야 할 임신 주수.

진통과 분만 관리

- 13. 생리적 진통과 분만이 권장되며 ⁴⁹(H) 유해한 관행과 불필요한 옛 방식의 중재는 피한다.^{63,73}
 - A. 본 기관에서 진통, 출산 및 초기 산육기에 일어나는 모든 행위와 중재는 제왕절개 분만이나 도구를 사용하는 질식 분만 위험을 최소화하는 문서화된 최신 지침을 따른다.⁷³ 이 둘 모두 엄마와 아기의 건강 상 해로운 결과^{44,96,110}(1)⁴²(2) 및 불량한 모유수유 결과^{111,112} (1)⁴³ (2)와 관련이 있다.
 - B. 환자 중심⁴⁷의 세심하고 지지적인 관리가 제공된다.^{63,73} 통증 조절 방법, 마약성 진통제 주입 경로와 유형, 계획된 제왕절개 분만과 유도분만 등 중재의 이점, 위험성, 잠재적 합병증이 논의된다.⁷³ 출산하는 개인의 정보에 입각한 선택이 존중된다^{40,43,44}(1)⁴⁹(H).
 - C. 엄마가 분만 중 본인이 원하는 동반자를 선택하도록 권장된다.^{48,63,73}
 - D. 정상 질식분만이 기대되는 저위험 산모에게는 가능할 때마다 일대일 지원을 제공하면서 조산사가 주도하는 지속적 관리 모델 서비스¹¹³ 방식을 제공한다^{38,114,115}(1)⁴⁹(H). (이 권장 사항은 조산사 프로그램이 잘 작동되는 환경에만 적용된다).⁶³

- E. 엄마의 바램과 국가/기관 정책에 따라, 훈련된 출산 동반자와 둘라를 허용한다^{38(1),48}
- F. 합병증 없는 두위분만(cephalic delivery)에서는 비약리적 조치가 선호된다. 엄마와 아기의 건강과 모유수유에 미칠 위험을 최소화하기 위해, 마약성 진통제 억제, 투여 시점, 및 경로를 주의 깊게 선택하고 엄마^{113(1),61}와 상의한다.^{40 (1)}

산후 관리

14. 선택된 수유 방법과 무관하게, 자연분만과 제왕절개 직후, 합병증 없는 모든 엄마와 신생아에게 모자간 피부 접촉을 허용하고 권장하며,^{115,116(1)} 엄마와 아기가 안정되면 언제나, 후기 조산아(LPT)(재태연령 34~36 6/7 주)⁵⁶와 저출생체중아 (LBW) (1,200~2,500g)¹¹⁷ 도 마찬가지로 한다. ^{117,118}
 - A. 출생 직후 건강하고 의식이 또렷한 모든 신생아는 맨몸으로 엄마 가슴에 엮드려 놓는다 ¹¹⁹⁽²⁾. 이후 완전히 말리고 (손은 제외), (산모가 원할 경우) 기저귀를 채우고, 엄마의 온기를 품을 따뜻한 담요를 덮어주게 된다 ¹²⁰⁽⁵⁾. 주의 깊은 관찰 하에 엄마와 배우자, 그리고 아기가 서로 애착을 형성할 수 있도록 해 준다. 아기는 출생 시 모자간 피부 접촉을 할 때 자연적으로 일어나는 ¹²¹⁽²⁾ 신생아 행동 9 단계를-냄새 맡기, 핥기, 휴식 취하기, 젖 물기 전 자연스럽게 유두를 향해 기어가기 등- 경험하도록 놓아두어야 한다 ^{121(2),122(4),123(5),28, 117}
 - B. 정당한 의학적 이유가 없으면, 모자간 피부 접촉은 적어도 2시간 동안^{115, 116, 124, 125(1),126(2),127(5)} (표 4) 또는 첫 모유수유 전까지 중단시키지 말아야 한다. 초기 모자간 피부 접촉을 미루거나 중단할 필요가 있는 경우는, 엄마와 아기가 임상적으로 가능해지자마자 빨리 의료진이 반드시 모자간 피부 접촉을 할 수 있도록 한다¹²⁷⁽⁵⁾.^{21,28,48,62,128} 모자간 피부 접촉 개시와 종료 시간을 의료 기록으로 문서화한다.
 - C. 분만실 실내 온도는 25°C(77°F) 이상으로 설정하고 외풍은 없어야 한다.⁶³ 의료진은 밝은 빛과 시끄러운 소음을 차단하여 아기가 내재된 반사 작용을 보일 수 있도록 돕는다.^{28,63}
 - D. 제왕절개 분만 후 이상적으로는 수술실이나 회복실에서 즉시 (또는 최대한 빨리) 모자간 피부 접촉이 가능하도록 필요한 조치를 한다 ^{115,125(1),126(2)}. 긍정적인 경험을 하고자 하는 엄마의 바램에 부응하여 투명한 외과용 포 사용이 선호된다.
 - E. 예상치 못한 생후 돌발 허탈(Sudden Unexpected Postnatal Collapse) 위험을 최소화하기 위해 의료진과 산모의 배우자가 엄마와 아기를 감시하도록 지시하는 동시에 지속적인 감독과 (중재는 필요한 경우에만) 안전한 수유 자세 잡기가 모자간 피부 접촉 프로토콜에 포함된다. 의료진의 관례는 근거 ¹²⁷⁽⁵⁾에 기반한 신생아 시기 안전한 수면 및 모자간 피부 접촉에 대한 권고안이 포함된 프로토콜을 따른다.
 - F. 아파가 점수는 모자간 피부 접촉 상태로 평가된다 ¹²⁷⁽⁵⁾. 양수에 태변이 있는 경우라도 자발 호흡을 시작한 아기에게는 경구, 비강 또는 기관 흡입을 하지 않는다.¹¹⁷
 - G. 제대 결찰은 산모와 아기가 불안정하거나 ^{131(1),117} 제대혈 채취를 원하는 경우가 아니면, 미숙아와 만삭아 모두에서 ^{129 (1),117,130} 늦춰진다.¹³²
 - H. 아기 신체 측정,¹³³⁽³⁾ 비타민 K 근주 투여,^{134,135} 안과적 예방 조치 ¹³⁶ 및 B 형 간염 백신 접종 ¹³⁷ 은 최소한 엄마와 아기가 지속적으로 접촉한 지 첫 수 시간 후 또는 첫 모유수유 이후로 연기된다.^{48,63}
 - I. 목욕은 적어도 24 시간 동안 늦춰진다.⁷³
 - J. 아빠나 배우자와의 즉각적인 피부 접촉은 엄마가 할 수 없는 경우에만 이루어진다 ^{126(2),50}
 - K. 모든 부모가 병실에 머무는 동안 (되도록 엄마와 더 오래) 아기와 피부 접촉을 하도록 독려한다¹²⁷⁽⁵⁾.
15. 모유수유가 가능한 모든 엄마와 신생아(저출생체중아와 미숙아 포함)는 생후 첫 1 시간 이내에 최대한 빨리 젖을 먹이도록 지원한다 ^{125,138,139(1),56,62,118}
 - A. 첫 1 시간 내에 아기 스스로 젖을 물지 않거나 엄마가 요청할 경우, 아기가 맨 처음 젖을 물 수 있도록 돕는다 ^{115(1),48,118}
 - B. 특히 미숙아와 조기 만삭아는 반드시 젖 물림과 적절한 젖 이행을 하도록 도움을 받게 된다^{140(1),56} 모자간 피부 접촉, 캥거루 케어,¹⁴¹⁽¹⁾ 모유수유 및 모자동실에 있어, 첫 12-24시간 동안 미숙아와 저출생체중아에게 요구되는 주의 깊은 관찰이 이루어진다.^{56,117} 아기 상태가 허락하는 즉시, 엄마가 아기의 요구에 따라 젖을 먹이도록 격려한다.²¹

16. 모든 엄마가 모유수유에 필요한 정도의 도움을 받게 된다. 의료진이 확실히 엄마가 유방에 아기를 올려 놓고 젖을 물릴 수 있도록 해 준다. 위험군 산모(합병증을 동반한 분만과 제왕절개 분만, 비만, 청소년, 흡연 부모, 파트너의 도움 결여, 가까운 파트너의 폭력)에게는 추가로 맞춤형 도움을 준다.^{21,48}
- A. 숙련된 의료진이 첫 번째 모유수유를 주의 깊게 관찰하고 효과적인 젖 물림, 자세 및 효율적인 수유 징후를 확인한다. 모든 것이 잘 진행되면 개입은 하지 않을 것이다. 개선이 필요한 경우, 엄마 스스로 젖 물림과 자세를 개선시킬 방법을 먼저 보여주되, 의료진이 엄마를 대신해 주지는 않는다.²⁸
 - B. 숙련된 의료진이 퇴원 전까지 매 교대 시마다 한 번 이상 수유를 관찰하고 기록하고, 가능하면 언제나 모든 의료진이 엄마와 접촉할 때 그렇게 할 것이다. 자세, 젖 물림, 모유 이행, 아기의 대소변 빈도 및 특징, 황달, 아기 체중, 그리고 모든 수유 문제를 임상 병력에 기록한다.⁴⁸
 - C. 산후 초기 산모들에서 반쯤 뒤로 누운 자세(생물학적 양육)가 장려되지만,¹²²(4) 각자 가장 편한 자세를 찾도록 자율권을 준다.
 - D. 산모와 파트너가 젖 빨기와 삼킴, 모유 이행을 확인하고 젖 생산을 최적화하기 위해 배고픈 신호, 올바른 자세와 효과적인 젖 물림 징후를 확인할 수 있게 된다.^{21,48}
 - E. 의료진이 모든 모유수유 문제(유두 통증, 젖 물림 문제, 젖양 부족)를 다루고 ⁴⁸ 필요할 때마다 수유 전문가에게 의뢰한다. 가장 흔한 모유수유 문제 관리에 대해 퇴원 전에 모든 모유수유 부모와 논의한다(표 3 과 5).²¹

표 5. 모유수유 중인 모든 새내기 엄마(와 가족)가 알아야 하고/또는 시연해 봐야 할 필수 문제 목록 (퇴원 전에 산모들에게서 확인해야 함)

-
- 1. 완전모유수유와 수유 시 엄마/부모와 아기의 눈 맞춤과 신체 접촉의 중요성.
 - 2. 배고픈 신호와 적절한 젖 물림과 삼킴, 모유 이행 및 아기가 만족한 신호 및 이 모두를 인지하는 방법.
 - 3. 평균 수유 횟수(24 시간 동안 8-12 회) 및 더 자주 수유해야 하는 일부 아기들.
 - 4. 통증 없이 편안한 자세로 수유하는 방법.
 - 5. 아기가 먹고 싶어하는 신호에 반응하여, 수유 시마다 양쪽 젖을 모두, 만족해 보일 때까지 먹여야 한다.
 - 6. 젖 생산과 사출을 보장하고 향상시키는 방법.
 - a. 초유/모유를 손으로 짜는 이유와 방법
 - b. 유축기 사용이 필요한 엄마는 유축기를 제대로 사용하고 관리하는 방법을 알아야 한다.
 - 7. 노리개젖꼭지나 인공젖꼭지가 모유수유에 미치는 영향과 이러한 제품을 수유가 확립될 때까지 금하는 이유.
 - 8. 모든 약물이나 엄마의 질병이 모유수유 금기는 아니다.
 - a. 정확한 정보 출처: www.e-lactancia.org 및 www.mommymeds.com 은 부모를 위한 사용자 친화적인 웹 사이트이다.
 - b. 모유수유모가 담배, 술이나 기타 마약을 피해야 하는 이유.
 - 9. 안전한 수면 지침 (안전한 동숙 방법), 특히 소파와 흡연을 피함.
 - 10. 아기의 영양 부족이나 탈수 징후와 의료전문가에게 상의해야 할 경고 징후를 인지한다.
 - a. 아기: 보통 4 시간 이상 깨지 않거나, 항상 깨어 있거나, 전혀 만족스러워 보이지 않거나, 하루에 12 번 넘게 수유하거나, 적어도 3~4 번 빨 때마다 삼키는 징후가 없거나, 1 일 대소변 기저귀가 너무 적거나, 열이 난다.
 - b. 엄마: 지속적으로 고통스러운 젖 물림 또는, 유방 멍울, 유방 통증, 발열, 의심스러운 젖양, 아기에 대한 반감, 깊은 슬픔 및 자신의 모유수유 능력에 대한 모든 의심.
-

세계보건기구-유니세프²¹에서 발췌하고 다음 출처에서 추가함: (괄호 안 숫자는 OCEBM⁶⁷에 따른 근거 수준을 나타냄): (웹 페이지), ^{172,192} (5),¹⁹¹ (1).¹⁹²

- 17. 모든 엄마는 병원에 있는 동안 유방 마사지와 손 유축 방법을,¹⁴²(1)¹⁴³(2) 그리고 원하면 유축기 사용법도 배우게 된다. 엄마와 가족들에게, 처음 유축할 때는 흔히 겨우 수 밀리리터만 나오지만, 이것이 젖 생산량이 적음을 뜻하는 것은 아니라고 가르쳐 준다.

- A. 유방 마사지와 손 유축은 다음과 같은 경우 언제나 일찍 교육한다.
 - 신생아가 젖을 물리는 것만으로는 초유를 먹지 못한다.
 - 미숙아, 조기 만삭아나 어떤 아기이건 첫 24 시간 내에 젖을 효과적으로 물지 못한다¹⁴³ (2).
 - 저혈당 위험이 있는 신생아(당뇨병 산모, 영양 부족 상태의 아기)에게 처음 몇 번의 수유 후 초유를 보충해 준다.
 - 아기가 직접수유를 할 수 없다(예: 미숙아나 아픈 아기).
 - 모자 분리가 불가피하다.
 - 엄마가 모유생성 2기 지연 위험이 있다(표 6).
- B. 모자분리가 수일 이상 지속되는 경우는 언제나 엄마에게 양쪽형 전동식 유축기로, 하루에 8 번 이상, 손 유축을 병행하여 젖을 짜도록¹⁴⁴(3) (미숙아 엄마에서 유용한 것으로 입증됨) 조언하고, 유방 마사지와 손 유축도 조기에 교육한다.
- C. 산전 또는 출산 직후, 모유생성 2기 지연 위험이 있는 것으로 확인된 엄마는(표 6), 적절하다고 판단되는 특별한 도움을 받게 된다. 아기의 수유 계획과 면밀한 후속 조치가 (유축을 돕는 것뿐 아니라 적절한 수분 공급과 영양 섭취를 위해) 제공될 것이다. 퇴원 시는, 수유 계획과 주의 깊은 후속 조치로 지속적인 관리를 보장한다.⁴⁸
- D. 모든 새내기 엄마와 아기에게 적절한 감독과 도움이 보장되도록 의료진에게 근무 시간을 충분히 배정하게 된다.^{21,48}
- E. 모유수유가 신생아 통증을 완화시키는 가장 좋은 방법이므로, 예방 접종, 비타민 K 투여, 발꿈치 채혈 등 아픈 처치는 수유와 동시에 시행된다¹⁴⁵(2).

표 6. 모유생성 2기 지연이나 실패 혹은 젖양 부족의 위험 요인

엄마 요인

30 세 넘는 연령, 초산.

유방 문제: 유선 조직 부족, 편평 또는 함몰 유두 조직, 유방 수술 과거력.

분만 문제: 제왕절개(특히 미리 계획되지 않은), 합병증을 동반한 분만, 중증 출혈, 지연분만, 조산(37 주 미만), 잔류 태반.

산후 우울증.

대사 문제: 당뇨병 (임신성, 1 형 또는 2 형), 고혈압, 자간전증, 다낭성 난소 증후군, 비만 (임신 전 체질량지수>30), 높은 코티솔 수치, 갑상선 기능 저하증, 극도의 피곤, 피로 또는 스트레스.

젖양 부족 과거력.

흡연과 일부 마약 및 약물이 젖양 부족을 초래할 수 있다.

아기 요인

조기 만삭아 (37-39 주).

아프가 점수<8.

고출생체중아>3,600g.

저출생체중아<2,500g.

젖을 잘 물지 못하거나 아프게 물기 / 제한된 수유.

젖 돌기 전 보충수유.

미숙아 (37주 미만).

모유생성 2기 지연은 분만 후 72 시간이 되어도, 전혀 혹은 거의 젖 차는 느낌이 없거나 젖이 새지 않는 것으로 정의된다.

출처: 이 표는 참고 문헌 정보를 근거로 마련됨(괄호 안 숫자는 OCEBM⁶⁷ 근거 수준을 나타냄): (1),^{141,193} (5).¹⁹⁴

18. 미숙아나 저출생체중아 엄마 개개인에 대한 개별화된 적절한 관리가 제공되며, 이는 가족 중심 관리와 관리의 연속성뿐 아니라 아기의 요구를 따른다.

- A. 미숙아는 27 주부터 젖을 찾고, 물고 빨기도 하지만, 비효율적 모유수유가 되기 쉽다.²¹ 미숙아와 조기 만삭아는 적절한 젖 물림과 모유 이행을 확실히 하기 위해 특별한 도움을 받게 된다.^{140(1).⁵⁶}
- B. 저출생체중아(초저출생체중아 포함)에게는 엄마 자신의 젖을 먹이도록, 그리고 그것이 불가능한 경우, 저온 살균된 기증 모유를 먹이기 위해 모든 노력을 다한다.^{117,128} 미숙아나 저출생체중아 엄마는 최대한 빨리, 바람직하게는 분만 후 1 시간 이내에 ^{146(3),^{21,63}(만일 모자간 피부 접촉이 불가능했다면)¹⁴⁷⁽³⁾ 유축하되, 적어도 첫 6 시간 이내에는 ^{146(3) ⁵⁶} 유축을 시작하도록 돕는다.}
- C. 적절한 젖 공급을 확보하기 위해 하루에 8 번을 목표로, 최소 5 번 이상, 24 시간 중 밤에도 1 번 이상 젖을 짜도록 독려한다. 신생아 병동 내 아기 옆에 유축 공간을 마련하고, 요청 시는 스크린으로 사생활을 보호받게 한다. 유방 마사지, 손 유축, 전동식 유축기 (가능하면 양쪽형) 사용에 대한 지침을 제공한다 ¹⁴⁸⁽²⁾. 필요 시 언제든지 젖양을 늘리기 위해 모자간 피부 접촉 ¹⁴⁹⁽²⁾ 직후에 최소 8 번 이상 유축기와 손으로 젖을 짜도록 독려한다.^{144 (3)}.
- D. 2,000g 미만인 경우, 아기를 위해 엄마가 분만 후 최대한 빨리 쾅거루 케어를 시작하여 가능한 연속적으로 시행하며,^{63,117} 아기가 안정되면 즉시 모든 엄마가 할 수 있게 한다 ^{141,150(1)¹⁵¹⁽⁵⁾}. 산모나 파트너가 신생아 병동에 제한 없이 출입하도록 ^{141,152(1)} 보장한다. 이를 위해, 엄마에게 복장과 반쯤 뒤로 젖혀 앉을 만한 적절한 공간을 마련해 주어, 유방 사이에 아기를 알몸 상태로 엮드려 놓도록 한다. 아기가 배고픈 초기 신호를 보일 때마다 의료진이 수유를 돕는다.
- E. 퇴원 시, 아기와 떨어져 지내야 하는 엄마들에게 모두 올바른 모유 보관과 이름표 부착에 관해 문서와 구두로 지침을 제공한다.⁵⁵ 엄마에게 계속 젖을 짜도록 독려하고, 가능하면 언제나, 기관에서 유축기 공급 편의를 제공한다.

19. 의학적으로 보충(물, 포도당 용액, 조제분유나 기타 액체)이 요구되지 않는 한 모유수유모에게 완전모유수유(비타민/약물을 제외한 다른 음료나 음식을 주지 않고 젖만 먹이는 것)를 권장한다 (ABM 프로토콜 #3).⁵⁴ 의학적 적응증이 없거나 정보에 입각하여 엄마가 서면으로 요청하지 않는 한 신생아에게 보충수유를 제공하지 않는다.^{21,62} 보충수유가 필요한 경우 :

- A. 우선 순위는 다음과 같다: 초유/엄마 자신의 젖, 저온 살균된 공여 모유,^{21,62} 바로 사용할 수 있게 조유된 분유, 깨끗한 물에 탄 분말 또는 농축 분유. 만삭아는 생후 1-2일에 1회 수유 당 2~15mL 이상 필요하지 않다.⁴⁸
- B. 엄마에게 초유나 모유를 아기 입으로 직접 먹이거나 수유병/인공젖꼭지 외 다른 방법(컵, 손가락, 주사기, 팔라다이나 손가락이 더 낫다)으로 먹이도록 권장한다.⁵⁴ 유방에서 관으로 보충하면 수유하는 동안 유방을 자극하는 데 도움이 될 것이다.
- C. 엄마의 요구나, 의사의 처방 없이는²¹ 보충수유를 제공하지 않는다. 의학적 적응증에 대한 처방은 매일 검토하고 다시 내려져야 한다. 보충수유에 대한 의학적 적응증, 유형, 횟수, 양, 보충수유 방법과 보충수유와 관련해 엄마에게 제공되는 지시사항을 엄마/아기의 임상 차트에 기록한다.^{21,54}
- D. 의학적 적응증이 없음에도 보충수유를 요구하는 엄마는 그 이유를 듣고 알아본다. 모유수유에 대해 신중하게 평가하고 보충수유 위험을 엄마와 친척들과 논의한다.⁵⁴
- E. 모유대체품의 안전한 준비, 수유, 취급 및 보관 방법을 모유수유를 하지 않거나 보충수유가 필요한 가족에게 퇴원 시 개별적으로 가르치고,²¹ 해당되는 경우 서면 지침을 제공한다.

20. 본 기관에서는, 부모가 택한 수유방식이나 분만 방법과 무관하게 모든 엄마와 건강한 만삭아가 상호 웰빙을 위해 하루 24시간 내내 함께 지내야 (모자 동실) 함을 인정하고 촉진한다^{154(1).^{63,117}} 법적 의무가 없는 한, 본 시설은 건강한 만삭 신생아를 위한 전용 신생아실을 두지 않는다 (아기에게 친근한 병원 운동에서 신생아실을 없애는 것이 요구조건은 아니지만). 이 기관이 신생아실을 유지한다면, 지나다니는 사람들에게 그 안에 있는 아기들이 보이지 않게 하여, 관심을 끌지 않아, 엄마와 떨어져 지내는 것을 정상으로 여기거나 신생아실 이용을 지지하거나 권장하는 인상을 주지 않는다.

- A. 후기 조산아¹⁴⁰⁽¹⁾⁵⁶나 특정 의학적 안전 기준을 충족하는 1,750g이 넘는 저출생체중아를 포함하여 모든 신생아¹⁵⁶⁽²⁾에 대해 모자동실을 촉진한다¹⁵⁵⁽²⁾²¹. 원내에서 손쉽게 사용할 산모용 침대 옆에 부착된 아기 요람을 마련한다^{157,158(2)}.
- B. 정당한 임상적 이유가 있을 때만 엄마와 아기를 분리한다. 모자동실 중단 이유, 그 기간에 아기가 머무는 곳과 시간 변수 등 모자동실 중단에 관해 직원이 문서 작성을 해야 한다¹⁵⁴⁽¹⁾⁵⁶. 그 원인이 해결되는 즉시 모자동실을 다시 시작한다. 엄마가 아기와 분리되어야 할 때마다, 의료진은 최대한 빨리, 그리고 분리 후 적어도 첫 6시간 이내에 젖을 짜도록 엄마를 지원한다.²¹ 부모가 아기를 데려가 달라고 요청할 때는 언제나, 그 이유를 알아보고 아기의 건강과 웰빙을 위한 모자동실의 중요성을 설명한다.¹⁵⁴⁽¹⁾. 교육 내용을 문서로 기록한다. 의학적 이유나 부모의 선택으로 아기와 분리되는 경우, 아기 담당 간호사는 아기가 젖을 먹고 싶어하면 즉시 엄마에게 데려와 완전모유수유를 지원할 책임을 진다.
- C. 일상적인 처치, 평가, 신생아 선별검사, 심장 검사, 예방 접종, 청력 검사, 일상적 검사실 채혈은 모두 엄마 침대 옆에서 이루어져야 한다.^{48,63} 건강한 만삭아의 일상적인 혈당 모니터링은 불필요하다.^{52,73} 신생아 목록은 대부분 꼭 필요하지는 않지만, 원하는 경우, 가능한 언제나 부모가 직원의 도움을 받아 수행한다.^{48,73}
- D. 정맥 내 항생제나 광선치료를 받아야 하는 것 외에 건강하고 안정된 아기는 엄마와 함께 지내게 한다¹²⁵⁽¹⁾.⁵⁶
- E. 아기의 낙상과 질식 사고 예방을 위한 안전한 모자동실 방법 교육을, 정기적으로 가족들에게 제공하며, 이에에는 고위험 시간(이른 아침)과 위험 요인(기진맥진한 부모)에 관한 정보와, 특히 밤이나 피곤할 때 아기를 소파나 안락의자가 아니라 성인 침대에서 수유하도록 조언하는 것이 포함된다.¹⁵⁹ 위험도가 보다 높다고 확인된 모자에 대해서는 감시가 강화된다¹²⁷⁽⁵⁾.⁵⁶
21. 병원 직원은, 분만이나 수유 방법 선택에 관계없이, 모든 엄마들이, 수유, 친밀감 및 편안함을 요구하는 아기의 신호에 대응하는 방법을 반드시 알도록 해 준다. 안정된 신생아에게 시간 맞춰 수유하는 것은 권하지 않는다.^{21,30,73}
- A. 수유 빈도나 시간에 제한을 두지 않는다 (울음은 늦은 수유 신호이다).²¹
- B. 엄마에게 다음과 같이 알려준다:
- 아기는 하루에 8번 이상 모유수유를 해야 하며, 많은 경우 더 자주 먹어야 한다.
 - 매 수유 시마다 양쪽 젖을 모두 먹이는 것이 중요하지만, 아기가 한쪽 젖만으로 만족해하면 반대쪽은 다음 번에 먹인다.
 - 첫 24-36시간 동안은 몰아서 먹기(연달아 여러 번 수유)가 일반적이며 이것이 젖 생산을 자극할 수 있다. 젖양이 부족하다는 신호가 아니며, 보충수유도 불필요하다.³⁰ 나중에는, 모유 이행이 부족하다는 신호일 수 있다.¹⁶⁰⁽⁵⁾.
- C. 저출생체중아, 미숙아 또는 조기 만삭아나 체중이 너무 많이 빠지는 신생아의 부모는, 모자동실을 하는 중에, 조기 수유 신호에 젖을 먹이고, 필요 시 아기를 깨워, 24시간 동안 적어도 8번 이상 수유하도록 알려 준다.⁵⁶ 모자분리 시는 언제나, 의료진이 수유 신호를 인지할 때마다, 젖을 먹이기 위해 아기를 엄마에게 데려다 준다.²¹
22. 건강한 만삭 모유수유아에게 노리개젖꼭지나 인공젖꼭지를 일상적으로 사용하거나 물리지 않는다^{161,162(1)}
^{155,163(2)} ^{164,165(3)}.⁵⁴
- A. 엄마가 아기에게 수유병이나 인공젖꼭지를 달라고 요청하면, 의료진은 요청 사유를 알아보고, 우려 사항을 해소하고, 빨기에 미치는 영향을 강조하여 그것을 사용하는 경우의 위험성을 교육한다. 모유수유 문제를 배제하기 위해 모유수유를 평가한다¹⁶⁵⁽³⁾.²¹
- B. 의료진은 일상적으로 모유수유아에게 노리개젖꼭지를 물리지 않는다. 엄마가 노리개젖꼭지를 요청하면, 직원이 요청 사유를 알아보고, 우려 사항을 해소하고, 노리개젖꼭지 사용과 관련된 잠재적 문제를 교육하고 교육 내용을 기록한다. 인공젖꼭지나 노리개젖꼭지 사용에 대해 엄마가 정보에 근거하여 내린 결정을 존중하고 의료 기록으로 문서화한다.⁵⁴
- C. 신생아집중치료실이나 특수치료실에 입원한 미숙아나 아픈 아기는 비영양적 빨기를 위해 노리개젖꼭지를 사용할 수 있다.^{21,50,163}

- D. 유두보호기 (또는 수유병꼭지)는 수유전문가가 권할 때만, 그리고 문제를 교정하기 위해 했던 다른 시도들이 실패한 후에 한해서 사용한다¹⁶⁶⁽¹⁾ ¹⁶⁷⁽²⁾.⁵⁰
- E. 모유수유아가 통증을 유발하는 처치를 받을 때는 모유수유가 바람직한 진정 방법일 것이다¹⁴⁵⁽²⁾. 처치 중 통증 완화를 위해서라면, 노리개젓꼭지는 모유수유가 불가능할 때만 물리고, 처치 후에는 빼준다.

23. 본 기관은 LactMed,¹⁶⁸ InfantRisk,¹⁶⁹ Lactation Study Center,¹⁷⁰ 또는 APILAM 웹 페이지나 www.e-lactancia.org 등 수유모의 안전한 약물 사용을 위한 근거 기반 자료를 사용한다. 젖을 끊기 위해 통상적으로 약물로 수유를 억제하지는 않는다.^{72,173} 불편감을 줄이기 위해 얼음 등 비약물적 조치와 약한 진통제, 편한 정도의 유축, 울혈 예방을 위한 유방 지지가 권고된다¹⁷⁴⁽¹⁾.¹⁷² 분만한 사람에서, 의학적 또는 심리적 이유로 수유 억제가 필요하고, 출산한 개인이 정보에 입각한 결정을 내린 후에는¹⁷³⁽⁵⁾, 리슈리드(lisurid)나 카버그린(cabergoline)을 사용할 수 있다¹⁷⁵⁽¹⁾.

돌봄의 연속/퇴원.

- 24. 본 기관은 모든 엄마와 아기, 가족을 위해 관련된 의료 및 사회관리 전문가들과 명확하고 정확한 정보 교환을 통해 통합된 관리를 제공한다.
 - A. 퇴원 전에, 의료 팀은 수유모가 효율적으로 모유수유할 수 있게 효과적인 모유수유가 되고 있는지 확인하고, 후속 방문 (가정 방문 포함) 또는 자격을 갖춘 일차의료인 및/또는 수유전문가 방문 및/또는 지지 단체나 동료 상담가와의 연락을 통해 지속적인 돌봄이 이루어지도록 한다^{21,28,62,176(1)}.
 - B. 퇴원 시 아직 아기가 젖을 잘 물거나 수유를 잘 하지 못하면, 개별적인 수유 계획을 마련하고, 모자의 임상 상황과 자원에 따라 아기의 퇴원을 연기할 수 있다.^{53,54} 어떠한 이유로든 엄마가 더 오래 입원해야 할 경우, 엄마와 아기가 함께 지내는 것이 불가능하지 않은 한 (예를 들어, 엄마가 중환자실에 입원), 건강한 아기를 엄마 없이 퇴원시키지 않는다.
 - C. 엄마와 그 파트너에게 모유수유에 관한 서면 교육 자료 편의를 제공하며, 적절히 상의하되, 이것으로 인간 중심의 사전 예방적 개인 지원(¹⁷⁸⁽¹⁾^{46(H)})을 대체하지는 않는다. 교육 활동에 가족을 포함시키는 노력을 한다. 퇴원 전에, 의료진은 분만한 사람이 구체적인 지식과 기술을 갖추고 있는지 확인한다(표 4).
- 25. 본 기관은 모유수유 메시지를 조절하고 관리 연속성을 제공하기 위해 지역사회 기반 프로그램과 협력한다.
 - A. 퇴원 전, 모든 엄마와 아기에게 지역사회 지원 단체나 기타 모유수유 지원 지역사회 자원 연락처를 제공한다¹⁽¹⁾.
 - B. 엄마와 아기의 일반적인 웰빙, 수유 상황, 황달의 존재를 생후 2~4일과 그 다음 주에 재평가할 수 있도록 모든 엄마와 아기의 의료진 방문 일정을 잡아준다.²¹
 - C. 필요하면 언제나, 구체적으로 수유 문제 추적을 위한 방문 일정을 잡아준다. 가정 방문이 모유수유 기간 연장에 중요한 것으로 확인되었으므로 이를 계획하거나 마련해 준다¹⁽¹⁾.

적용 : 분만하는 모든 사람

기타 관련 ABM 프로토콜

프로토콜 #1, #2, #3, #5, #8, #10, #14, #19, #21, #26, #28.

연구의 필요성

이 프로토콜 집필을 위해 증거를 조사하는 중, 병원 상황에서 아기에게 친근한 병원 운동 실행을 개선하기 위한 효과적인 전략이나 직원들의 병원 모유수유 정책 준수 감시 방법 등, 근거가 불충분하거나 전혀 없는 특정 문제들이 대두하였다. 모유생성 2기 지연 위험이 있는 만삭아 산모에서 산전, 조기 손 유축에 대한 통제 연구가 필요하며, 이것이 모유생성 2기 시점, 젖양 및 모유수유 기간에 미치는 영향을 더 면밀히 확인해야 한다. 요구에 따른 수유, 최상의 모유수유 자세, 아빠가 아닌 부모나 다른 친척(엄마가 없는 경우)의 피부 접촉, 필요 시 최선의 수유 억제 치료법과 성전환 부모의 가슴수유 경험 및 이를 지원하는 방법은 적절한 연구가 부족하거나 전혀 연구되지 않은 기타 문제들이다.

번역자:

김화중 (Hwa Jung Kim, MD, IBCLC), 이미라 (Mira Lee, MD, IBCLC), 허경 (Hur Kyong, MD, IBCLC)
정유미 (Yoo-Mi Chung, MD, FABM, IBCLC)
Breastfeeding Medicine. September 2018, 13(9): 559-574
The date of the translation: April 2019.

참고 문헌

1. Feltner C, Palmieri Weber R, Stuebe AM, et al. Breast-feeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
3. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:96–113.
4. Merritt MA, Riboli E, Murphy N, et al. Reproductive factors and risk of mortality in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition; a cohort study. *BMC Med* 2015;13:252.
5. Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. *PLoS One* 2017;12:e0187923.
6. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017;13:3–6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017.
7. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:3–13.
8. Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ, et al. Being baby friendly: Evidence-based breastfeeding support. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100:F173–F178.
9. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:85–95.
10. Giugliani ER, Horta BL, Loret de Mola C, et al. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:20–29.
11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:30–37.
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:14–19.
13. Horta BL, de Sousa BA, de Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2018;21:174–178.
14. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:38–53.
15. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387:491–504.
16. Hansen K. Breastfeeding: A smart investment in people and in economies. *Lancet* 2016;387:416.
17. Babakazo P, Donnen P, Akilimali P, et al. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: A prospective study. *Int Breastfeed J* 2015;10:19.
18. Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: The dynamic burden of poor maternal health. *Lancet* 2016;388:2164–2175.
19. McDougall L, Campbell OMR, Graham W. Maternal Health. An Executive Summary for the Lancet's Series. London: The Lancet Maternal Health Series, 2016.

20. World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: World Health Organization, 2009.
21. World Health Organization-UNICEF. Implementation Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018.
22. World Health Organization. National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative 2017. Geneva: World Health Organization, 2017.
23. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact* 2012;28:335–342.
24. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2016;12:402–417.
25. Meek JY, Noble L. Implementation of the ten steps to successful breastfeeding saves lives. *JAMA Pediatr* 2016; 170:925–926.
26. Spaeth A, Zemp E, Merten S, et al. Baby-friendly hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2018;14.
27. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Child- birth* 2014;14:175.
28. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Blueprint for action (revised 2008). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2008.
29. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
30. Perinatal Services BC. Breastfeeding Healthy Term Infants. Vancouver, BC: Perinatal Services BC, 2015.
31. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, et al. Preventing Disease and Saving Resources: The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK. London: UNICEF UK, 2012.
32. Jones KM, Power ML, Queenan JT, et al. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med* 2015; 10:186–196.
33. UNICEF, World Health Organization. Capture the moment: Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF, 2018.
34. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017;181:49–55.e46.
35. Sacker A, Kelly Y, Iacovou M, et al. Breast feeding and intergenerational social mobility: What are the mechanisms? *Arch Dis Child* 2013;98:666–71.
36. Victora CG, Requejo J, Boerma T, et al. Countdown to 2030 for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition. *Lancet Glob Health* 2016;4: e775–e776.
37. Condon LJ, Salmon D. 'You likes your way, we got our own way': Gypsies and Travellers' views on infant feeding and health professional support. *Health Expect* 2015;18:784–795.
38. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003766.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding Among U.S. Children Born 2002–2014, CDC National Immunization Survey. 2017. Available at https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html (accessed March 3, 2018).
40. French CA, Cong X, Chung KS. Labor epidural analgesia and breastfeeding: A systematic review. *J Hum Lact* 2016; 32:507–520.
41. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MI, et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding at birth in Brazil: A cross sectional study. *Reprod Health* 2016; 13(Suppl 3):119.

42. Black L, Hulseay T, Lee K, et al. Incremental hospital costs associated with comorbidities of prematurity. *Manag Care* 2015;24:54–60.
43. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:90.
44. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006553.
45. Cabrera-Rubio R, Mira-Pascual L, Mira A, et al. Impact of mode of delivery on the milk microbiota composition of healthy women. *J Dev Orig Health Dis* 2016;7: 54–60.
46. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N, et al. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The person-centered care framework for reproductive health equity. *Gates Open Res* 2017;1:1.
47. World Health Assembly. Framework on Integrated People- Centered Health Services. Geneva: World Health Organization, 2016.
48. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:469–473.
49. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One* 2018;13:e0194906.
50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, et al. Neo-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association, 2015.
51. International Lactation Consultant Association. Neo-BFHI Package. Raleigh, NC: ILCA, 2018.
52. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179.
53. Evans A, Marinelli KA, Taylor JS, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol#2: Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "The going home protocol." *Breastfeed Med* 2014;9:3–8.
54. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. ABM clinical protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:188–198.
55. Eglash A, Simon L. Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:390–395.
56. Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med* 2016; 11:494–500.
57. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office: Optimizing care for infants and children, revised 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:237–242.
58. Rosen-Carole C, Hartman S, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:451–457.
59. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:135–141.
60. Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. ABM clinical protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med* 2016;11:46–53.
61. Martin E, Vickers B, Landau R, et al. ABM clinical protocol #28, peripartum analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med* 2018;13:164–171.
62. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.

63. World Health Organization. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: World Health Organization, 2016.
64. Spangler A, Wambach K. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association, 2014.
65. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 2017 Update, Frequently Asked Questions. Geneva: World Health Organization, 2017.
66. World Health Organization. Code and subsequent resolutions. 2016. www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en (accessed July 17, 2018).
67. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011. www.cebm.net/index.aspx?o=5653 (accessed July 9, 2018).
68. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 2: How to make an overall CERQual assessment of confidence and create a summary of qualitative findings table. *Implement Sci* 2018;13(Suppl 1):10.
69. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:106.
70. Reisman T, Goldstein Z. Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgend Health* 2018;3:24–26.
71. Fontenot HB. Transition and adaptation to adoptive motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:175–182.
72. Farhadi R, Philip RK. Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: A novel approach and review of literature. *Breastfeed Med* 2017;12:373–376.
73. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization, 2018.
74. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved* 1998;9:117–125.
75. Li CM, Li R, Ashley CG, et al. Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *J Hum Lact* 2014;30:88–96.
76. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding in obstetrics residency: Exploring maternal and colleague resident perspectives. *Breastfeed Med* 2013;8:394–400.
77. Sattari M, Levine D, Serwint JR. Physician mothers: An unlikely high risk group—call for action. *Breastfeed Med* 2010;5:35–39.
78. Sattari M, Serwint JR, Shuster JJ, et al. Infant-feeding intentions and practices of internal medicine physicians. *Breastfeed Med* 2016;11:173–179.
79. Piwoz EG, Huffman SL. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull* 2015;36:373–386.
80. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, et al. Effect of a hospital policy of not accepting free infant formula on in-hospital formula supplementation rates and breastfeeding duration. *Public Health Nutr* 2015;18:2689–2699.
81. Barennes H, Empis G, Quang TD, et al. Breast-milk substitutes: A new old-threat for breastfeeding policy in developing countries. A case study in a traditionally high breastfeeding country. *PLoS One* 2012;7:e30634.
82. Barennes H, Slesak G, Goyet S, et al. Enforcing the international code of marketing of breast-milk substitutes for better promotion of exclusive breastfeeding: Can lessons be learned? *J Hum Lact* 2016;32:20–27.
83. Parry K, Taylor E, Hall-Dardess P, et al. Understanding women's interpretations of infant formula advertising. *Birth* 2013;40:115–124.
84. Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, et al. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: Does it make a difference? *J Hum Lact* 2012;28:380–388.
85. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD001141.

86. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 2016;92:436–450.
87. Balogun OO, Kobayashi S, Anigo KM, et al. Factors influencing exclusive breastfeeding in early infancy: A prospective study in North Central Nigeria. *Matern Child Health J* 2016;20:363–375.
88. Beake S, Pellowe C, Dykes F, et al. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr* 2012;8:141–161.
89. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, et al. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: CD001141.
90. Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, et al. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: Impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr* 2014; 17:948–955.
91. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: A systematic review. *Int Breastfeed J* 2016;12:6.
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104Suppl 467:114– 134.
93. Spiby H, McCormick F, Wallace L, et al. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009; 25:50–61.
94. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes—Design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:275.
95. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, et al. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun* 2014;19 Suppl 1:122–141.
96. Esteves TM, Dumas RP, Oliveira MI, et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Rev Saude Publica* 2014;48:697–708.
97. Nguyen PH, Kim SS, Sanghvi T, et al. Integrating nutrition interventions into an existing maternal, neonatal, and child health program increased maternal dietary diversity, micronutrient intake, and exclusive breastfeeding practices in Bangladesh: Results of a cluster-randomized program evaluation. *J Nutr* 2017;147:2326–2337.
98. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, et al. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12612.
99. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative step 3. *J Hum Lact* 2017;33:50–82.
100. Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, et al. Association between healthcare provider type and intent to breastfeed among expectant mothers. *Matern Child Health J* 2016; 20:993–1000.
101. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: A national survey of women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:100.
102. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et al. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137.
103. Liu L, Zhu J, Yang J, et al. The effect of a perinatal breastfeeding support program on breastfeeding outcomes in primiparous mothers. *West J Nurs Res* 2017;39:906–923.
104. Leclair E, Robert N, Sprague AE, et al. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28:516– 521.
105. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et al. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: A review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J* 2015;10:21.

106. Johnson AM, Kirk R, Rooks AJ, et al. Enhancing breastfeeding through healthcare support: Results from a focus group study of African American mothers. *Matern Child Health J* 2016;20(Suppl 1):92–102.
107. Khan AI, Kabir I, Eneroth H, et al. Effect of a randomised exclusive breastfeeding counselling intervention nested into the MINIMat prenatal nutrition trial in Bangladesh. *Acta Paediatr* 2017;106:49–54.
108. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breast-feeding intention among rural pregnant women in India: A study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health* 2015;15:3405.
109. Lee SH, Nurmatov UB, Nwaru BI, et al. Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2016;6:010401.
110. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018;15:e1002494.
111. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, et al. Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012;95: 1113–1135.
112. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007;34:123–130.
113. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing wo- men. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD004667.
114. Fortier JH, Godwin M. Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Can Fam Physician* 2015;61:e284– e292.
115. Beake S, Bick D, Narracott C, et al. Interventions for women who have a Caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2017;13.
116. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, et al. Systematic review of skin-to-skin care for full-term, healthy newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46:857–869.
117. World Health Organization. WHO Recommendations on Newborn Health. Geneva: World Health Organization, 2017.
118. Work Group of Clinical Practice Guide on Breastfeeding. Clinical Practice Guide on Breastfeeding. San Sebastia'n, Spain. Ministry of Social Services and Equality, Basque Government, 2017.
119. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, et al. Influence of skin- to-skin contact and rooming-in on early mother- infant interaction: A randomized controlled trial. *Clin Nurs Res* 2013;22:310–336.
120. Righard L. The baby is breastfeeding—Not the mother. *Birth* 2008;35:1–2.
121. Widstro¨mAM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to- skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr* 2011;100:79–85.
122. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev* 2008;84:441–449.
123. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, et al. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12571.
124. Stevens J, Schmied V, Burns E, et al. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Matern Child Nutr* 2014;10:456–473.
125. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to- skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
126. Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al. Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *ScientificWorldJournal* 2017;2017:1940756.
127. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee on Fetus and Newborn, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138: pii:e20161889.

128. Palla's Alonso C, R, Rodriguez Lo'pez J, Comité' de Es- ta'ndares de Sociedad Espan'ola de Neonatología. [Factors associated with the safety of early skin-to-skin contact after delivery]. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80:203–205.
129. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. A systematic re- view and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. *Neonatology* 2008;93: 138–144.
130. World Health Organization. *Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2014.
131. Garofalo M, Abenham HA. Early versus delayed cord clamping in term and preterm births: A review. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:525–531.
132. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 648: Umbilical cord blood banking. *Obstet Gynecol* 2015;126:e127–e129.
133. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
134. McMillan D, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Position statement: Routine administration of vitamin K to newborns. 2018. Available at <https://www.cps.ca/en/documents/position/administration-vitamin-K-newborns> (accessed June 16, 2018).
135. World Health Organization. *Recommendations for Management of Common Childhood Conditions: Newborn Conditions, Dysentery, Pneumonia, Oxygen Use and De- livery, Common Causes of Fever, Severe Acute Mal- nutrition and Supportive Care*. Geneva: World Health Organization, 2012.
136. U.S. Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum. 2011. Available at <https://www.uspreventiveservices taskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/ocular-prophylaxis-for-gonococcal-ophthalmia-neonatorum-preventive-medication> (accessed June 20, 2018).
137. AAP Committee on Infectious Diseases, AAP Committee on Fetus Newborn. Elimination of perinatal hepatitis B: Providing the first vaccine dose within 24 hours of birth. *Pediatrics* 2017;140:pii:e20171870.
138. Neovita Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016;4:e266–e275.
139. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breast- feeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0180722.
140. Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth* 2014;41:330–338.
141. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD002771.
142. Johns HM, Forster DA, Amir LH, et al. Prevalence and outcomes of breast milk expressing in women with healthy term infants: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:212.
143. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.
144. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2012;32:791–796.
145. Soltani S, Zohoori D, Adineh M. Comparison the effectiveness of breastfeeding, oral 25% dextrose, kangaroo-mother care method, and EMLA cream on pain score level following heel pick sampling in newborns: A randomized clinical trial. *Electron Physician* 2018;10: 6741–6748.
146. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med* 2015;10:84–91.
147. Spatz DL, Froh EB, Schwarz J, et al. Pump early, pump often: A continuous quality improvement project. *J Perinat Educ* 2015;24:160–170.

148. Fewtrell MS, Kennedy K, Ahluwalia JS, et al. Predictors of expressed breast milk volume in mothers expressing milk for their preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016;pii:fetalneonatal-2015-308321.
149. Acuña-Muga J, Ureta-Velasco N, de la Cruz-Be´rtolo J, et al. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. *J Hum Lact* 2014;30:41–46.
150. Puthussery S, Chutiyami M, Tseng PC, et al. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: A meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatr* 2018;18:223.
151. Charpak N, Ruiz JG. Latin American clinical epidemiology network series—Paper 9: The kangaroo mother care method: From scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *J Clin Epidemiol* 2017;86:125–128.
152. Chan GJ, Labar AS, Wall S, et al. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ* 2016;94:130–141J.
153. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, et al. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD005252.
154. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD006641.
155. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, et al. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients* 2018;10.
156. De Carvalho Guerra Abecasis F, Gomes A. Rooming-in for preterm infants: How far should we go? Five-year experience at a tertiary hospital. *Acta Paediatr* 2006;95: 1567–1570.
157. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006;91:1005–1010.
158. Tully KP, Ball HL. Postnatal unit bassinet types when rooming-in after cesarean birth: Implications for breastfeeding and infant safety. *J Hum Lact* 2012;28:495–505.
159. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138;pii:e20162940.
160. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 2018;58:145–155.
161. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD007202.
162. Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr* 2017;13.
163. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101– e1107.
164. Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: Identifying an “at risk population” for special support. *Eur J Pediatr* 2015;174: 533–540.
165. Kair LR, Colaizy TT. Association between in-hospital pacifier use and breastfeeding continuation and exclusivity: Neonatal intensive care unit admission as a possible effect modifier. *Breastfeed Med* 2017;12:12–19.
166. Chow S, Chow R, Popovic M, et al. The use of nipple shields: A review. *Front Public Health* 2015;3:236.
167. Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson RM, et al. Women’s use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med* 2014;9:458–466.
168. U.S. National Library of Medicine. LactMed: A ToxNet Database. 2018. Available at <https://www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> (accessed June 28, 2018).
169. Infant Risk Center. InfantRisk. 2018. Available at www.infantrisk.com (accessed August 7, 2018).

170. University of Rochester Medical Center, Golisano Children's Hospital. Human Lactation Center. 2018. Available at <https://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/neonatology/lactation.aspx> (accessed September 4, 2018).
171. e-lactancia.org Is it compatible with breastfeeding? Valencia, Spain: Association for Promotion and cultural and scientific Research into Breastfeeding (APILAM), 2018. (accessed August 4, 2018).
172. European Medicines Agency. CMDh Endorses Restrictive Use of Bromocriptine for Stopping Breast Milk Production. London: European Medicines Agency of the European Union, 2014.
173. Marcellin L, Chantry AA. [Breastfeeding (part II): Lactation inhibition—Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44:1080–1083.
174. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progression in one hundred years. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(6, Part 1):1485–1490.
175. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD005937.
176. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e45143.
177. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, et al. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015;135:102–110.
178. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD001141.
179. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. 2018. Available at <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/Contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed June 28, 2018).
180. UNICEF. WHO/UNAIDS/UNICEF Infant feeding guidelines. Available at <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm> (accessed June 28, 2018).
181. Amiri M, Diekmann L, von Kockritz-Blickwede M, et al. The diverse forms of lactose intolerance and the putative linkage to several cancers. *Nutrients* 2015;7:7209–7230.
182. Kimberlin DW, Brady MT, Long SS, Jackson MA. Red Book®: 2018 Report on the Committee on Infectious Disease, 31st Edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018.
183. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of VarizIG—United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013;62:574–576.
184. U.S. Department of Health and Human Services. Guidance for Counseling and Managing Women Living with HIV in the United States Who Desire to Breastfeed. 2018. Available at <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal/513/counseling-and-management-of-women-living-with-hiv-who-breastfeed> (accessed September 17, 2018).
185. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, et al. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: Is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One* 2014;9:e107799.
186. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017;140.
187. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016;105:628–634.
188. Ball HL. The Atlantic divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing. *J Hum Lact* 2017;33:765–769.
189. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr* 2018: e12652.
190. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. 2017. Available at <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed August 2, 2018).

191. Infant Risk Center. MommyMeds. 2018. Available at mommymeds.com (accessed August 7, 2018).
192. De Bortoli J, Amir LH. Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabet Med* 2016;33:17–24.
193. Nommsen-Rivers LA. Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature. *Adv Nutr* 2016;7:407–414.
194. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. *Curr Opin Pediatr* 2017;29:249–256.

ABM 프로토콜은 발행일로부터 5년째 폐기된다. 이 프로토콜의 내용은 발행 시점의 최신 정보이다. 근거에 입각한 개정은 5년 이내에, 또는 근거에 중대한 변화가 있는 경우는 더 일찍 이루어진다.

이 프로토콜의 이전 판은 Barbara L. Philipp이 기술하였다.

Maria-Teresa Hernandez-Aguilar, MD, MPH, PhD
lead author Melissa Bartick, MD, MSc, FABM
Paula Schreck, MD Cadey Harrel, MD

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee:
Michal Young, MD, FABM, Chairperson Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
Sarah Calhoun, MD Sarah Dodd, MD
Megan Elliott-Rudder, MD
Susan Lappin, MD Ilse Larson, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
Nicole Marshall, MD Katrina Mitchell, MD Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd
Susan Rothenberg, MD Tomoko Seo, MD, FABM Adora Wonodi, MD
For correspondence: abm@bfmed.org