

Academy of Breastfeeding Medicine 임상 프로토콜

#14 모유수유에 친근한 외래 진료실:영유아 진료의 최적화

2013년 개정판

Amy E. Grawey,¹ Kathleen A. Marinelli,² Alison V. Holmes,³ 모유수유 아카데미

The Academy of Breastfeeding Medicine의 가장 중요한 목표는 모유수유 성공에 영향을 미치는 흔한 의학적 문제에 대처하는 임상 프로토콜을 개발하는 것이다. 이들 프로토콜은 모유수유모와 아기들의 관리를 위한 권고안의 역할을 할 뿐이며 배타적인 치료 방법이나 표준 의학 관리 방법을 의미하는 것은 아니다. 치료는 개별적인 환자 개인의 필요에 따라 적절하게 적용되어야 한다.

정의

모유수유에 친근한 외래 진료실

도움이 되는 진료실 환경 및 의료인, 직원 및 가족 교육을 통해 열정적으로 모유수유를 증진하고 지원하는 의사의 진료 (이 문서의 목적을 위해 "의사"란 모유수유 쌍, 즉 분만 전 산모와 분만 후 엄마와 아기에게 일차 의료를 제공하는 사람을 말한다. 다른 국가와 문화에서는 이들이 의사, 조산사, 또는 다른 의료전문가일 수 있다. 이들 모두는 이러한 가족을 돌보기 위해 '모유수유에 친근한 실행'을 위해 노력해야 한다.)

모유대체품

영아용 조제분유, 포도당액, 및 기타 인간 젖 대신 먹이는 액체

배경

엄마의 모유수유하고자 하는 의지는 엄마가 만나는 의료인의 의견과 지원에 크게 영향을 받는다.¹⁻⁵ 의료인과의 직접 방문 및 전화 접촉을 통한 부모에 대한 지속적인 지원은 일반적으로 모유수유 기간을 증가시킨다.⁶⁻¹² 산모와 아기들과 상호 작용하는 의료인들은 모유수유를 위한 초기 및 지속적 지원에 기여할 수 있는 독특한 위치에 있다.^{3-5,11-15} 모유수유에 대해 훈련 받은 의료인을 고용하는 관행인 경우, 모유수유 시작 및 유지율이 현저히 높고, 모유수유와 관련된 문제가 덜 발생한다.¹⁶⁻²⁰ 세계보건기구의 아기에게 친근한 병원 운동(Baby Health Friendly Hospital Initiative)은 성공적인 모유수유를 위한 10 단계를 제시하고 있다.^{21,22} 이 10단계는 과학적 증거와 권위 있는 전문가들의 경험을 기반으로 한다. 이 권고 사항 중 많은 내용의 과학적 근거는 영유아를 돌보는 외래 진료에도 적용할 수 있다.^{14,16,17} 달성된 단계 개수와 모유수유 결과 사이에 양적 비례 관계가 있으므로, 모유수유 지원 증진에 대해 점진적인 변화를 시작하는 것도 가치가 있다.²³

권장 사항

증거의 질[증거의 단계 I, II-1, II-2, II-3, III]은 미국 예방업무 대책위원회(the U.S. Preventive Services Task Force) 부록 A 대책위원회 등급에²⁴ 기초하며 괄호 안에 표시되어 있다.

¹ Little Flower Family Medicine, O'Fallon, Missouri.

² Division of Neonatology, Connecticut Children's Medical Center, Hartford, Connecticut; Department of Pediatrics, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

³ Department of Pediatrics, The Geisel School of Medicine at Dartmouth, New Hampshire.

1. 모유수유에 친근한 진료실 방침을 문서화한다.^{16,17,21} 방침 개발에 동료들이나 외래 직원들을 동참시킨다. 모든 신규 직원에게 방침에 대해 알린다. 본인의 진료와 의뢰 관계에 있는 병원, 의사 및 모든 의료인들에게 진료 방침 사본을 제공한다. (III)
2. 문화적으로나 인종적으로 만족할만한 보살핌을 제공한다.²⁵ 초유 버리기, 모유수유 중 엄마의 식이, 조기 이유식 도입과 관련하여 가족들이 문화적 관행을 따를 수 있음을 이해한다. 본인의 진료에서 필요 시 다국어를 구사하는 직원, 의료 통역사 및 인종적으로 다양한 교육 자료를 이용할 수 있도록 해 준다.(III)
3. 엄마를 위한 산전 관리를 제공하는 경우, 임신 첫 삼분기에 영아 수유 주제를 소개하고 임신 기간 동안 계속 모유수유에 대한 의료인 자신의 지지를 표명한다. 산후에 영아 진료를 담당할 의사인 경우, 산전 진찰을 제공하여 가족과 친해지면서 그 가운데 모유수유에 대한 본인의 뜻을 보일 수 있다.^{2,7,8} "모유수유에 대해 어떻게 들었습니까?"와 같은 개방형 질문을 이용하여, 이 아기를 위한 수유 계획에 대해 물어본다. 모유수유가 분유수유보다 우월한 여러 면을 강조하는 교육 자료를 제공한다. 산전 모유수유 교육에 두 부모 모두 참석을 권장한다. 육아에 관련된 모든 식구들(아빠, 조부모 등)에게 직접 교육 및 교육 자료를 제공한다.^{1,13,26} 엄마를 지원하는 데 아기 아빠가 특히 중요하다.²⁶ 수유 위험이 있는 환자를 확인한다. 엄마의 특수 상황에 대한 개별적인 모유수유 진료를 가능하게 하기 위해 모유수유 위험 요인(예: 편평 또는 함몰 유두, 유방 수술 과거력, 임신 중 유방 크기 증가하지 않음, 이전에 실패한 모유수유 경험 등)이 있는 환자들을 확인한다. (I, II-1, II-2, II-3, III)
4. 출산 직후 산욕기 중 의사의 모유수유 모자와의 상호 작용은 국가 의료 및 보험 체계에 따라 달라진다. 예를 들어, 병원에 입원한 신생아를 볼 수 있는 시스템이라면, 지역 사회 병원 및 지역 내 분만 진료 전문가와 협력하여, ^{16,23,25} 분만 후 첫 1시간 이내 모유수유 시작에 관한 본인의 진료실 방침을 분만실이나 신생아실에 제공할 수 있다. 병원이나 분만 시설에, 의사의 특별한 지시가 없는 모유수유아에게 조제분유/ 멸균수/포도당액을 먹이지 말고 영아용 조제분유, 분유 쿠폰 및/또는 수유병이 들어 있는 상업적인 퇴원 선물 꾸러미를 나누어주지 말도록 주문한다.^{27,28} 병원 회진 중 모유수유에 대한 지지를 보여준다. 엄마들이 모유수유를 시작하고 지속하도록 돕는다. 배고픈 신호와 배부른 신호와 관련하여 엄마가 아기의 각성 상태에 주의를 기울이고 24시간 동안 8-12회 모유수유를 하도록 권고한다.²⁹ 모자동실 및 배고픈 신호에 따른 모유수유를 하도록 권장한다. (I, II-2, III) 병원 의료진이 병원 내 신생아 치료를 책임지며 외부 의사가 병원 의료진에게 지시를 내리지 않는 시스템인 경우는, 퇴원 후까지 아기를 보고 엄마들에게 도움을 제공하지 못할 것이다(아래 6번 점 참조). 그러나, 많은 나라의 경우, 병원들이 엄마가 입원해 있는 동안 훌륭한 지원을 받을 수 있는, 아기에게 친근한 병원 훈련을 받을 것이다.
5. 의학적 이유가 없으면, 신생아에게 인간 젖만 먹이고 분유, 포도당액 또는 기타 다른 액체를 보충하지 말도록 엄마들에게 권장한다.^{25,30} 모유수유가 잘 확립될 때까지 우유병이나 노리개젓꼭지를 물리지 말라고 엄마에게 조언한다.^{31,32} (I, III)
6. 세계 여러 지역에서, 첫 번째 후속 방문은 의사가 아닌 의료인들이 수행한다.³³ 대부분의 유럽 국가에서는 퇴원 후 수일 내지 수 주 동안 조산사가 엄마와 아기를 돌본다. 예를 들어, 독일에서는, 모든 엄마와 아기가 조산사(최대 8주 동안 매일 방문)에 대해 보험 적용을 받을 권리가 있다. 엄마들은 분만 후 첫 3주 이내에 소아청소년과 의사를 방문하는데, 이것도 보험 적용을 받는다. 이런 시스템에서는, 이 때가 소아청소년과 의사가 모유수유를 지원해야 하는 첫 번째 기회이다. 호주 및 뉴질랜드와 같은 다른 국가에서는, 일반의(가정의)가 아기들의 일상적인 진료를 하고 있으며, 아기들이 소아청소년과 의사를 전혀 방문하지 않을 수도 있다. 엄마와 영아의 산후 관리가 의사나 의사 외 의료진(예: 의사보조원-physician assistant, 임상간호사-nurse practitioner)에 의해 행해지는 미국 같은 국가에서는 퇴원 후 48-72시간 쯤, 또는 퇴원 시 과도한 체중 감소(>7%)나 황달 같은 모유수유 관련 문제가 있는 경우 더 일찍, 첫 번째 영아 추적 방문을 예약해 준다.^{25,30,34} (엄마와 아기가 퇴원하기 전에 체중 증가와 부모로서의 확신이 확립될 수 있을 만큼 오래 병원에 입원해 있는 문화나 의학적 상황에서는, 다른 면들이 적절하다면 1-2주까지 추적 관찰을 연기할 수 있다. 예를 들어, 일본에서는 엄마와 아기가 일반적으로 분만 후 5-6일 동안 병원에 입원한다. 일본소아과학회는 퇴원하고 1주일 후, 즉 아기가 생후 약 2주 되었을 때, 소아청소년과 의사를 처음 방문할 것을 권장한다.) 이 진료 중에 모유수유에 관한 질문이나 우려 사항을 해결할 수 있도록 훈련 받은

수유상담가/교육자 또는 기타 의료전문가에게 연락할 수 있도록 확인한다. 엄마에게 미리 이 방문 중에 수유하는 모습을 보여주라고 조언하여, 기다리는 동안 아기가 먹고 싶어하면 엄마가 의료진에게 알리도록 한다. 적절한 평가를 용이하게 하기 위해 모유수유모와 아기에게 필요한 편안한 의자, 개인적 공간, 및 수유 베개를 제공한다.

부모에게 먼저 "모유수유가 어떻게 되고 있습니까?"와 같은 개방형 질문으로 시작한 후, 그들의 관심사에 집중한다. 엄마가 가질 수 있는 많은 의문을 해결할 시간을 충분히 가진다. 초기 후속 방문 시 젖 물림과 성공적이고 적절한 모유 전달을 평가한다. 모유수유 위험 요인을 파악하고 아기의 체중, 수분 섭취 정도, 황달, 수유 활동 및 배설량을 평가한다. 모유수유에 영향을 줄 수 있는 유두 통증이나 기타 엄마의 건강 문제가 있는 여성을 위한 의학적 도움을 제공한다. 부모가 자신감을 가지며, 아기가 세계보건기구 소아 성장 표준에 따라 체중 증가가 적절하게 잘 이루어질 때까지 철저한 후속 조치를 제공한다.³⁵ (III)

7. 부모를 위해 적절한 교육용 자료를 확보한다. 세계보건기구 모유대체품 판촉에 관한 국제 규약에 따라,³⁶ 교육 자료는 상업적이지 않고, 모유대체품, 우유병 또는 인공젖꼭지를 선전하는 것이 아니어야 한다.²⁸ 교육 자료는 유인물, 그림, 서적 및 DVD 형태를 취할 수 있다. 교육 자료로 권장되는 주제는 성장 양상, 모유수유아의 수유 및 수면 양상, 성장 급증 관리, 배고픔과 포만감 인식, 수유자세와 젖 물림, 유두 통증, 유선염, 젖양 부족, 유관 막힘, 울혈, 역류, 정상 대소변 양상, 아기와 떨어져 지낼 때 모유수유 유지 (예를 들어, 질병, 미숙아, 혹은 복직), 공공장소에서의 모유수유, 산후 우울증, 엄마의 약물 사용 및 모유수유 중 엄마의 질병과 같은 것들이다.
8. 대기실 내 모유수유를 허용하고 장려한다. 대기실 구역에 엄마들에게 모유수유를 장려하는 표시를 게시한다 (그림 1과 2). 프라이버시를 원하는 엄마들을 위해 안락하고 눈에 띄지 않는 편안한 모유수유 공간을 제공한다.^{2,10,14,17} 외래에서 모유수유를 중단시키거나 금하지 않는다. (II-2, II-3)



그림 1. 미국 가정의학과 의원 내 모유수유에 친근한 그림. Tim Tobolic, MD, FABM의 허가를 받아 사용.



그림 2. 미국 가정의학과 의원 내 모유수유에 친근한 그림. Tim Tobolic, MD, FABM의 허가를 받아 사용.

9. 모유수유를 증진하고 지원하는 원내 분위기를 확립한다. 분유 회사가 부모에게 무료 조제분유나 아기 용품을 나누어 주는 관행을 없앤다.^{27,28} 세계보건기구 규약(World Health Organization Code)에 따라³⁶ 분유는 부모들의 눈에 띄지 않는 곳에 보관한다. 원내에 모유수유모의 모습을 담은 포스터, 팸플릿, 그림이나 사진을 배치한다.^{1,14,17} 우유병을 물고 있는 아기의 모습은 보이지 않게 한다. 유아용 조제분유, 우유병, 노리개젓꼭지 제조사로부터 선물(메모지, 펜 또는 달력 등)이나 개인 샘플을 받지 않는다.³⁶ 진료에 구체적으로 모유수유율이 낮은 인구집단을 대상으로 한 교육 자료를 마련한다. (II-2, II-3)
10. 모유수유에 대한 염려나 문제를 다루기 위해 전화 상담 선별 프로토콜을 개발하고 활용한다.^{10,12,37} 모유수유모를 돕기 위해 후속 전화 상담을 시행한다. 상담 선별 간호사를 위해 책이나 프로토콜과 같이 쉽게 접근할 수 있는 자료를 제공한다. (표 1 참조) (I)
11. 방문 시마다 모유수유를 선택하고 지속한 것에 대해 모유수유모를 칭찬한다. 일상적인 정기 건강 관리 방문 시 모유수유를 위한 예상 지침을 제공하고, 교육 자료를 주고, 모유수유 목표를 논의한다. 아기 아빠와 다른 양육자들도 엄마와 아기와 함께 내원하도록 격려한다.^{3-5,11,26} (I, II-1, II-2, II-3)
12. 엄마들에게 6개월 동안 완전모유수유를 하고, 이유식과 함께 적어도 24개월까지, 그리고 그 이후에도 엄마와 아기가 원하는 한 모유수유를 계속하도록 권장한다. 생후 6개월에 철분이 풍부한 고형식의 필요성을 중점적으로, 고형식 시작에 대해 상담하고, 진료하는 국가의 학회가 권장하는 바에 따라 발표된 기준에 맞게 비타민(예: 비타민 D, K 또는 A)을 보충하도록²⁵ 권장한다. (III)
13. 환자와 지역 사회를 위한 모범을 보인다. 직원 모유수유 방침을 문서화하고 직장에서 모유수유를 하거나 유축하는 직원들을 위해 도구를 갖춘 수유실을 제공한다.^{16,38,39}(II-2, III) 임산부 출산 휴가가 긴 국가(예: 독일 12개월)의 경우는, 이것이, 유급 출산 휴가가 없거나 짧은 나라만큼 관련이 없을 수 있다.
14. 지역 사회 자원 (예: 유축기 대여소) 목록을 확보하고 유지하며 의뢰 절차에 대해 잘 알고 있어야 한다. 예비 부모와 새내기 부모를 동료, 지역 사회 지지 및 자원 단체에 안내한다. 인근 모유수유 전문가를 확인하고, 그들의 배경 및 훈련을 파악하여, 추가 지원을 위한 협력 관계를 발전시킨다. 인근 모유수유 지지 단체를 지원한다.^{6,19,33,40,41} (I, II-3, III)
15. 모유수유 진료비를 일상적인 의료 서비스에 편입시키지 않는 국가에서는 이를 편입시키는 보건 정책을 지지하고 대변한다. 이 비용에는 특정 임상 상황에 필요할 수 있는 상담 및 장비도 포함된다.
16. 법이 존재하는 곳에서는, 모유수유를 지원하는 사업장 법이 집행되도록 한다. 법이 존재하지 않는 곳에서는, 고용주와 보육 제공자가 모유수유를 지원하도록 장려한다.^{38,39} 고용주에게 작업장에서 모유수유를 지원하도록 동기를 부여하고 안내할 수 있는 자료를 제공하는 웹 사이트들이 있다.³⁸ (II-2, III)
17. 모든 임상의는 임상 시작 전부터 모유수유에 관한 교육을 받아야 한다.^{13,42-46} 추천되는 교육 영역은 조제분유 수유의 위험성, 모유수유 생리학, 흔한 모유수유 문제 관리, 모유수유에 대한 의학적 금기 등이다. 원내 의료인들이 진료 중 신속히 참고할 수 있도록 교육 자료(예: 서적, 프로토콜, 웹 링크 등 [표 1])를 마련한다. 접수 직원, 간호사 및 의료 보조원을 포함한 모든 사람들에게 직원 교육 및 훈련을 제공해야 한다. 직원 중에서 한 명 이상의 모유수유 인력을 확보한다. 이것이 불가능한 의료 형태인 국가에서는, 수유상담가나 모유수유 훈련을 받은 간호사 고용을 고려한다. 이것도 가능하지 않다면, 다른 전문가들과 협업하여 해당 지역에서 구할 수 있는 적절한 주산기 네트워크에 참여할 수 있다.^{6,19,33} (I, II-2, II-3)
18. 의과대학생이나 전공의들이 본인의 외래에 파견 나오도록 자원한다. 의과대학생과 전공의 교육에 참여한다. 현재 및 미래의 의료인들을 위한 공식적인 모유수유 훈련 프로그램 수립을 장려한다.⁴²⁻⁴⁶ (II-2, II-3)
19. 본인 외래의 모유수유 시작과 지속율을 지속적으로 조사하고 인근 지역 사회의 모유수유율에 대해 알아본다

표 1. 전화 상담 선별 자료의 예

조직	대상	웹 사이트
세계보건기구	보건전문가	www.emro.who.int/health-topics/breastfeeding (2013년 2월 9일에 접속)
모유수유 아카데미	보건전문가	www.bfmed.org/Resources/protocols.aspx (2013년 2월 9일에 접속)
미국소아과학회 모유수유 분과	보건전문가와 가족	www2.aap.org/breastfeeding/ (2013년 2월 9일에 접속)
국제수유상담가협회	일반 정보	www.ILCA.org (2013년 2월 9일에 접속)
국제라리체리그	보건전문가	www.llli.org (2013년 2월 9일에 접속)
미국소아과학회	보건전문가	Bunik, ³⁷ "Breastfeeding Telephone Triage and Advice"
호주모유수유협회	보건전문가	https://www.breastfeeding.asn.au/ (2013년 2월 9일에 접속)
e-lactancia	보건전문가	www.e-lactancia.org/ingles/inicio.asp (2013년 2월 9일에 접속)
Toxnet 미국국립중앙도서관	보건전문가	http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT (2013년 2월 9일에 접속)

모유수유 진료의 장애

모유수유에 친근한 진료실 확립에 몇몇 어려움이 있다. 미국과 일부 다른 국가에서, 1차 진료는 전통적으로 진료의 질보다 진료한 환자 수에 따라 상환을 받는다.⁴⁷

모유수유 관리와 상담은 흔히 노동 집약적이다. 진료비가 환자 수에 달려있는 시스템에서, 모유수유모와 아기를 돌보는 데 투자한 시간에 해당하는 진료비가 상환될 것이라는 확신이 없으면, 의료인은 그러한 진료를 포기하거나 생략할 압박을 상당히 받게 될 것이다. 보상이 문제되지 않더라도, 하루 동안 가능한 한 많은 환자 스케줄을 잡는 데 따르는 시간 제약으로 인해, 노동 집약적인 중재는 할 수 없게 된다. 복잡한 모유수유 문제는 흔히 즉각적인 주의가 요구되며 효율적인 환자 흐름을 방해할 수 있어 이미 예약 시간이 된 환자들을 너무 오래 기다리게 할 것이다.

의사가 모유수유 장애가 있는 엄마와 아기를 돕기 위해, 보조 인력을 둘 수는 있지만, 미국에서 의사 아닌 수유전문가가 쓴 시간은 상환이 되더라도, 대개 충분히 보상 되지 않는다. 타 모유수유 지원 서비스로의 의뢰는 가족이 지불해야 할 추가 비용이 될 가능성이 높다.

이러한 장애물은 위협적이기는 하지만 극복할 수 없는 것은 아니다. 예를 들어, 미국 내 모유수유 옹호는 강력한 공중보건 권고와 모유수유 서비스에 대한 보험 인정이 요구되는 최근 법률을 이끌어 내어, 현재 시행이 초기 단계에 있다.^{46,47} 수유 상담 서비스에 대한 보험급여 인정은 많은 수준에서 모유수유 관리를 크게 향상시킬 것이다. 미국 보건 의료 체계의 독특함과 복잡성으로 인해 현재 미국 재무 및 진료 정책과 관련되어 있는 몇 가지 제안 사항을 부록에 기술하였다.

향후 연구를 위한 권고 사항

1. 대규모, 다기관, 전향적, 무작위 연구를 통해, 외래 진료 환경에서 국제인증수유상담가(IBCLC)의 일상적인 고용과 비사용을 비교 평가해야 한다. 대조군에는 "일반 모유수유 지원"이 있어야 한다. 평가 결과에는 완전모유수유 기간과 이유식 도입 후 분유를 먹이지 않은 기간이 포함되어야 하며, 이상적으로는 최소 1년 이상 모유수유율까지 포함되어야 한다. 이 중재에 대한 단일 지역의 한 후향적 연구는 비분유수유 측면에서 개선을 보여 주었지만,⁶ 다기관 시험은 다른 환경에서의 효과를 평가하게 될 것이다. 미국 이외 국가에서는 많은 의사가 국제인증수유상담가 자격을 갖고 있기 때문에, 그러한 상황에서는, 이것이 도움이 되는 연구가 아닐 수도 있다.

2. 대규모 다기관 시험은 엄마들에게 모유수유 목표를 설정케 하는 것의 효과를 평가해야 한다. 매우 소규모로 진행된 한 시험 연구 결과, 교육용 유인물과 모유수유 목표를 설정한 엄마들을 포함한 중재가 모유수유 기간과 완전모유수유율을 증가시킨 것으로 나타났다.¹⁵ 보다 대규모 연구는, 산전 진료와 영아 정기 진료가 별도의 장소(즉, 산부인과 의원과 소아청소년과 의원)에서 이루어지더라도, 산전 진료와 산후 1년까지 영아 정기 진료 시의 중재를 사용할 수 있을 것이다. 중재는 민족적, 사회 경제적으로 보다 더 다양하며 특히 고위험군을 포함한, 서로 다른 집단에서 평가될 수 있다. 이러한 중재가 다양한 인구 집단에서 효과적인 것으로 입증될 경우, 설문 조사 및 유인물을 사용하여 소아발달 단계 평가에 사용되는 것과 유사하게, 쉽게 복제하고 배포할 수 있는 표준 도구를 개발할 수 있을 것이다.
3. 중재 전후의 대규모 시험으로, 임상의사를 위한 모유수유에 관한 지속적 의학 교육의 영향을 평가할 수 있을 것이다. 평가 결과는 모유수유 시작율과 완전모유수유율, 그리고 이유식 시작 이후에도 분유를 먹이지 않은 비율이 포함되어야 한다.
4. 외래 진료를 모유수유에 친근한 것으로 만들기와 관련하여, 각 단계별 비용 효율성에 관한 더 많은 연구가 필요하다.

감사의 말씀

이 작업은 일부 미국 보건후생부(Department of Health and Human Services) 모자보건국(the Maternal and Child Health Bureau)의 재정 지원을 받아 수행되었다.

부록

미국 내 외래 진료에 대한 제안: 모유수유 진료 제공에 대한 인센티브

1. 책임 있는 의료기관의 후원 하에 있는 모유수유 센터⁴⁸는 모유수유모와 아기에 대한 진료의 질을 향상시키는 동시에 그러한 진료 제공에 대한 재정적 동기를 마련할 수 있을 것이다.
2. 모유수유 지원 서비스를 국립 품질위원회 인증 의료기관 모델(the National committee for Quality Assurance-certified medical home model)에 통합하는 외래 진료에, 인센티브를 제공할 수 있을 것이다.⁴⁹
3. 전자 건강 기록의 "의미 있는 사용"은⁵⁰ 건강 관리 사이트에서 모유수유모와 아기에 대한 진료를 조율함으로써 모유수유 지원 서비스를 향상시키는 관행을 장려할 수 있을 것이다.
4. 또한 보험상환 관련 품질 지표 개발에⁵¹ 모유수유 지원 관행을 포함시킴으로써, 1차 진료 환경에서 모유수유모와 아기에게 제공되는 진료의 질을 향상시킬 수 있을 것이다.

ABM 프로토콜은 발표 후 5년 경과 시점에서 폐기된다. 5년, 혹은 근거에 심대한 변화가 생길 경우는 그보다 더 일찍 근거에 입각한 개정이 이루어질 것이다.

번역자: 정유미 (Yoo-Mi Chung, MD, FABM)

Breastfeeding Medicine. Apr 2013, 8(2): 237-242

The date of translation: August 2017.

참고 문헌

1. Bentley M, Caulfield L, Gross S, et al. Sources of influence on intention to breastfeed among African-American women at entry to WIC. J Hum Lact 1999;15:27-34.
2. Lu M. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. Obstet Gynecol 2001;97:290-295.

3. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinical support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
4. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.
5. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405–e411.
6. Witt AM, Smith S, Mason MJ, Flocke SA. Integrating routine lactation consultant support into a pediatric practice. *Breastfeed Med* 2012;7:38–42.
7. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med* 2009;4:31–42.
8. de Oliveira M, Camacho L, Tedstone A. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: Results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19:365–373.
9. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
10. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, et al. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr* 2010;10:21–28.
11. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
12. Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, et al. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr* 2010;10:14–20.
13. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayril A-S, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115:139–146.
14. Shariff F, Levitt C, Kaczorowski J, et al. Workshop to implement the Baby-Friendly Office Initiative. Effect on community physicians' offices. *Can Fam Physician* 2000;46:1090–1097.
15. Betzold C, Laughlin K, Shi C. A family practice breastfeeding education pilot program: An observational, descriptive study. *Int Breastfeed J* 2007;2:4.
16. ABM clinical protocol #7: Model breastfeeding policy (revisions 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:173–177.
17. Cardoso LO, Vicente AS, Damia˜o JJ, et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:147–153.
18. Lawlor-Smith C, McIntyre E, Bruce J. Effective breastfeeding support in a general practice. *Aust Fam Physician* 1997;26: 573–575, 578–580.
19. Thurman S, Allen P. Integrating lactation consultants into primary health care services: Are lactation consultants affecting breastfeeding success? *Pediatr Nurs* 2008;34:419–425.
20. Mattar C, Chong Y, Chan Y, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:73–80.
21. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (accessed February 9, 2013).
22. Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 2. Strengthening and Sustaining the Baby-Friendly Hospital Initiative: A Course for Decision-Makers. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf (accessed February 9, 2013).
23. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(Suppl 2):S43–S49.
24. Appendix A Task Force Ratings. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed February 9, 2013).
25. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
26. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, et al. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:708–712.
27. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, et al. Marketing infant formula through hospitals: The impact of

- commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98:290–295.
28. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breastfeeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
 29. Kandiah J, Burian C, Amend V. Teaching new mothers about infant feeding cues may increase breastfeeding duration. *Food Nutr Sci* 2011;2:259–264.
 30. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy, term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182.
 31. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511–518.
 32. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
 33. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs. office-based care after nursery/ maternity discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
 34. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
 35. World Health Organization Child Growth Standards. www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html (accessed February 9, 2013).
 36. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981. www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf (accessed February 9, 2013).
 37. Bunik M. Breastfeeding Telephone Triage and Advice. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2012.
 38. U.S. Department of Health and Human Services. The Business Case for Breastfeeding. www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-in-action/business-case-for-breastfeeding/ (accessed February 9, 2013).
 39. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004;30:111–119.
 40. World Health Assembly. The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2003. www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html (accessed February 9, 2013).
 41. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010; 26:314–332.
 42. Freed G, Clark S, Sorenson J, et al. National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273:472–476.
 43. O'Connor M, Brown E, Orkin Lewin L. An Internet-based education program improves breastfeeding knowledge of maternal-child healthcare providers. *Breastfeed Med* 2011;6:421–427.
 44. Hillenbrand K, Larsen P. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics* 2002;110:e59.
 45. Feldman-Winter LB, Shanler RJ, O'Connor KG, et al. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:1142–1149.
 46. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126:289–297.
 47. Miller HD. From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:1418–1428.
 48. GovTrack.us. H.R. 3590 (111th): Patient Protection and Affordable Care Act. 2009. www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=h111-3590&tab=reports (accessed February 9, 2013).
 49. American Academy of Pediatrics. Building Your Medical Home Toolkit. www.pediatricmedhome.org (accessed February 5, 2013).
 50. Title XIII—Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH). <http://waysandmeans.house.gov/media/pdf/111/hitech.pdf> (accessed February 9, 2013).
 51. Dlugacz YD. Value-Based Health Care: Linking Finance to Quality. John Wiley and Sons, San Francisco, 2010.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Amy E. Grawey, MD

Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Nancy G. Powers, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

For correspondence: abm@bfmed.org