

## Ύπνος με το μωρό σε κοινό κρεβάτι με τους γονείς (bed-sharing)

### και θηλασμός: Ιατρική Ακαδημία του Θηλασμού Πρωτόκολλο 6,

#### Αναθεώρηση 2019

Peter S. Blair,<sup>1</sup> Helen L. Ball,<sup>2</sup> James J. McKenna,<sup>3,4</sup> Lori Feldman-Winter,<sup>5</sup> Kathleen A. Marinelli,<sup>6,7</sup> Melissa C. Bartick,<sup>8</sup> και η Ιατρική Ακαδημία του Θηλασμού

#### Περίληψη

*Ένας κύριος στόχος της Ιατρικής Ακαδημίας του Μητρικού Θηλασμού είναι η δημιουργία κλινικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση ιατρικών προβλημάτων που εμφανίζονται συχνά και είναι ικανά να επηρεάσουν την επιτυχία του μητρικού θηλασμού. Τα πρωτόκολλα αυτά χρησιμοποιούνται μόνο υπό μορφή οδηγιών για τη φροντίδα των μητέρων και των νεογνών που θηλάζουν και δεν σκιαγραφούν αποκλειστική μέθοδο θεραπείας ούτε χρησιμεύουν ως πρότυπα ιατρικής περίθαλψης. Μπορεί να χρειάζονται παραλλαγές στην αντιμετώπιση προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε ασθενή.*

#### Σκοπός

Ο ύπνος σε κοινό κρεβάτι ενισχύει την έναρξη,<sup>1</sup> τη διάρκεια<sup>2-7</sup> και την αποκλειστικότητα<sup>7,8</sup> του θηλασμού. Σε κάποιες χώρες, οι δημόσιες και οι ιατρικές οργανώσεις υγείας είναι αντίθετες με την κοινή χρήση κρεβατιού, αναφέροντας ανησυχίες για αυξημένο κίνδυνο βρεφικού θανάτου που σχετίζεται με τον κοινό ύπνο.<sup>9,10</sup> Το μοίρασμα του κρεβατιού ωστόσο μπορεί να είναι επικίνδυνο μόνο σε κάποιες περιστάσεις, όπως αποδεικνύεται από μια επιδημιολογική μελέτη (Πίνακας 1).<sup>11</sup> Στόχος μας είναι να διευκρινίσουμε τα σύγχρονα διαθέσιμα δεδομένα αναφορικά με τα οφέλη και τους κινδύνους κατά την κοινή χρήση κρεβατιού έτσι ώστε να προσφέρονται συστάσεις βασισμένες σε στοιχεία που προάγουν την υγεία του βρέφους και της μητέρας μέσα από την αυξημένη διάρκεια του θηλασμού.<sup>12</sup> Οι συστάσεις σε αυτό το πρωτόκολλο ισχύουν για τη δυάδα μητέρας-βρέφους που έχει ξεκινήσει να θηλάζει και βρίσκεται στο σπίτι και δεν προορίζονται για χρήση στα μαιευτήρια ή τα κέντρα τοκετού.

#### Περίληψη και συστάσεις

##### Περίληψη

Τα επίπεδα ενδεικτικών στοιχείων (1–5) από το Oxford Center for Evidence Based Medicine<sup>13</sup> παρατίθενται σε παρένθεση και βασίζονται στις παραπομπές που περιγράφονται στο παρακάτω υποστηρικτικό υλικό. Δείτε το υποστηρικτικό υλικό για τους τρόπους με τους οποίους ορίζουμε τον «ύπνο σε κοινό κρεβάτι», το «SIDS» (σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου) και τον «ξεχωριστό ύπνο» για τους σκοπούς αυτού του πρωτόκολλου. Εκεί επίσης ορίζεται και ο «ύπνος στο στήθος». Συνολικά, η έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα σχετικά με το μοίρασμα του κρεβατιού και τον θηλασμό δείχνει ότι η νυχτερινή εγγύτητα διευκολύνει τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού (επίπεδα 2–3).<sup>2,4,14</sup> Η συζήτηση για την ασφαλή κοινή χρήση του κρεβατιού θα πρέπει να ενσωματωθεί στις κατευθυντήριες γραμμές για την εγκυμοσύνη και τη μεταγεννητική φροντίδα.<sup>15-19</sup> Τα υπάρχοντα στοιχεία δεν υποστηρίζουν το συμπέρασμα ότι η κοινή χρήση κρεβατιού των μητέρων με τα βρέφη που θηλάζουν (π.χ. ο ύπνος στο στήθος) προκαλεί σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS) με την προϋπόθεση ότι απουσιάζουν γνωστοί κίνδυνοι (επίπεδο 3) (βλ. Πίνακα 1).<sup>11</sup>

1. Centre for Academic Child Health, University of Bristol, Bristol, United Kingdom.

2. Infancy and Sleep Centre, Department of Anthropology, Durham University, Durham, United Kingdom.

3. Department of Anthropology, Santa Clara University, Santa Clara, California.

4. Mother-Baby Sleep Lab, Department of Anthropology, University of Notre Dame, South Bend, Indiana.

5. Department of Pediatrics, Division of Adolescent Medicine, Cooper Medical School of Rowan University, Camden, New Jersey.

6. Department of Pediatrics, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

7. Connecticut Children's Medical Center, Division of Neonatology, Hartford, Connecticut.

8. Department of Medicine, Cambridge Health Alliance and Harvard Medical School, Cambridge Massachusetts.

Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες με κατάλληλους μάρτυρες για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της κοινής χρήσης κρεβατιού και των βρεφικών θανάτων όταν δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι και σε διαφορετικές ηλικίες. Δεν είναι όλοι οι κίνδυνοι μεμονωμένα τροποποιήσιμοι μετά τη γέννηση (π.χ. προωρότητα). Ο τυχαίος θάνατος από ασφυξία είναι εξαιρετικά σπάνιος μεταξύ των βρεφών που θηλάζουν όταν αυτά μοιράζονται το κρεβάτι με τη μητέρα τους όταν δεν υπάρχουν επικίνδυνες συνθήκες (επίπεδα 2–3),<sup>20</sup> και πρέπει να σταθμιστούν έναντι των συνεπειών του ξεχωριστού ύπνου. Ο ξεχωριστός ύπνος (ακόμα και με κοινή χρήση δωματίου) έχει αρνητικές συνέπειες στον θηλασμό που περιλαμβάνουν τον κίνδυνο του πρόωρου απογαλακτισμού, τον κίνδυνο μείωσης της παραγωγής γάλακτος από τον λιγότερο συχνό νυχτερινό θηλασμό και την ακούσια κοινή χρήση του κρεβατιού (επίπεδα 1–3).<sup>5,21,22</sup> Στις συστάσεις σχετικά με το μοίρασμα του κρεβατιού πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις και οι προτιμήσεις της μητέρας προκειμένου να αναγνωριστούν τα οφέλη καθώς και οι κίνδυνοι από αυτό (επίπεδο 5).<sup>23,24</sup>

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1ος ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ Ή ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΟΙΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΚΡΕΒΑΤΙΟΥ

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο SIDS και θανατηφόρου ατυχήματος κατά τη διάρκεια του ύπνου, είτε μόνοι τους είτε όταν συνδυάζονται με το μοίρασμα του κρεβατιού.<sup>11,26,41,42</sup>

- Κοινή χρήση καναπέ με ενήλικα που κοιμάται (“sofa-sharing”)
- Βρέφος που κοιμάται δίπλα σε ενήλικα που έχει κάνει χρήση οιοπνευματωδών<sup>α</sup> ή ναρκωτικών ουσιών
- Βρέφος που κοιμάται δίπλα σε ενήλικα που καπνίζει
- Βρέφος που κοιμάται σε πρηνή θέση
- Βρέφος που δεν ξεκινά ποτέ θηλασμό
- Κοινή χρήση καρέκλας με ενήλικα που κοιμάται
- Το βρέφος κοιμάται σε μαλακό κρεβάτι
- Το βρέφος γεννήθηκε πρόωρα ή με χαμηλό βάρος γέννησης

<sup>α</sup> Οι ποσότητες αλκοόλ που προκαλούν βλάβη συζητούνται στο κείμενο. SIDS, σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.

#### Συστάσεις

Όλες οι οικογένειες πρέπει να λαμβάνουν συμβουλές για τον ασφαλή ύπνο. Ο πίνακας 2 συνοψίζει τις συμβουλές για τον ασφαλή ύπνο κατά σειρά σπουδαιότητας με βάση την ισχύ των ενδεικτικών στοιχείων. Επιπλέον, προτείνουμε τα ακόλουθα:

1. Θα πρέπει να γίνεται συζήτηση με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με όλους τους γονείς σχετικά με την ασφάλεια του μοιράσματος του κρεβατιού, επειδή το μοίρασμα του κρεβατιού μπορεί να συμβεί είτε με την πρόθεση των γονέων είτε χωρίς αυτήν (επίπεδο 4).<sup>25</sup> Αυτές οι συζητήσεις θα πρέπει να γίνονται νωρίς στην περιγεννητική περίοδο και συνεχώς σε όλη τη βρεφική ηλικία και να περιλαμβάνουν όσους φροντιστές είναι δυνατόν. Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που έχουν βρεθεί να έχουν επιτυχία στην έναρξη συζήτησης περιλαμβάνουν:

- A. «Ποια είναι τα σχέδιά σας για το πού θα κοιμηθεί το μωρό σας;»
- B. «Πώς είναι αυτός ο χώρος ύπνου του μωρού σας;»
- Γ. «Το μωρό σας καταλήγει να κοιμάται στο κρεβάτι μαζί σας;»

1. Μην κοιμάστε ποτέ με τα βρέφη σε καναπέ, σε πολυθρόνα ή σε ακατάλληλη επιφάνεια, συμπεριλαμβανομένου ενός μαξιλαριού (επίπεδο 3).<sup>11</sup>
  2. Τα βρέφη να κοιμούνται μακριά από οποιοδήποτε άτομο έχει κάνει χρήση οιοπνευματωδών ή ναρκωτικών ουσιών (επίπεδο 3).<sup>11</sup>
  3. Τοποθετήστε τα βρέφη για ύπνο σε ύπτια θέση (επίπεδο 3)<sup>11</sup> (επίπεδο 4)<sup>43</sup> (επίπεδο 5).<sup>44</sup>
  4. Τα βρέφη να κοιμούνται μακριά από το παθητικό κάπνισμα (δεύτερου βαθμού κάπνισμα) και μακριά από έναν φροντιστή που καπνίζει τακτικά (επίπεδο 1)<sup>28</sup> και από ρούχα ή αντικείμενα που μυρίζουν καπνό (τρίτου βαθμού κάπνισμα) (επίπεδο 5).<sup>45</sup> (Σε περιπτώσεις που η μητέρα καπνίζει, αυτό δεν θα είναι δυνατό).
  5. Το κρεβάτι πρέπει να είναι μακριά από τοίχους και έπιπλα ώστε να μην μπορεί να σφηνώσει το κεφάλι ή το σώμα του βρέφους (επίπεδο 1).<sup>46</sup>
  6. Η επιφάνεια του κρεβατιού πρέπει να είναι σταθερή, όπως σε μια κούνια (επίπεδο 3),<sup>41</sup> χωρίς χοντρά κλύμματα (π.χ. παπλώματα, ), μαξιλάρια, ή άλλα αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ακούσια κάλυψη του κεφαλιού και ασφυξία.
  7. Το βρέφος δεν πρέπει να αφήνεται μόνο του σε κρεβάτι ενήλικου (επίπεδο 1).<sup>47</sup>
  8. Υιοθέτηση της θέσης C (“αγκαλίτσα”), με το κεφάλι του βρέφους απέναντι από το στήθος του ενήλικα, τα πόδια και τα χέρια του ενήλικα κουλουριασμένα γύρω από το βρέφος, το βρέφος να βρίσκεται ανάσκελα, μακριά από το μαξιλάρι, είναι η βέλτιστη και πιο ασφαλής θέση ύπνου (Εικ. 1) (επίπεδο 4).<sup>48,49</sup>
  9. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τη διατύπωση συστάσεων για το μοίρασμα του κρεβατιού ή τη θέση του βρέφους στο κρεβάτι σε σχέση με τους δύο γονείς όταν δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου.<sup>50,51</sup> Κάθε κοινότητα θα πρέπει να εξετάσει τις πολιτιστικές συνθήκες που είναι μοναδικές για κάθε μια κατάσταση και να δείξει σεβασμό στις συνθήκες ύπνου.
- 

2. Εξετάστε τις οικογένειες που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο βρεφικού θανάτου από τη κοινή χρήση κρεβατιού: τα βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα (επίπεδο 2)<sup>26</sup> (επίπεδο 3),<sup>27</sup> που εκτίθενται στον καπνό προγεννητικά (επίπεδο 1)<sup>28</sup> (επίπεδο 4)<sup>29</sup> (επίπεδο 5),<sup>30</sup> που ζουν μαζί με καπνιστές (επίπεδο 1)<sup>28</sup> (επίπεδο 3)<sup>11</sup> (επίπεδο 4),<sup>31,32</sup> και όσα βρέφη ζουν με άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ (επίπεδο 3)<sup>11</sup> ή ναρκωτικά και θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνα για το βρέφος και να αποκοιμηθούν μαζί του.

3. Η ενημέρωση και η παροχή συμβουλών σχετικά με την ασφαλή κοινή χρήση κρεβατιού πρέπει να παρέχεται ακόμη και σε εκείνους τους γονείς για τους οποίους το μοίρασμα του κρεβατιού θα πρέπει να αποθαρρύνεται (όσοι έχουν επικίνδυνες συνθήκες ή περιστάσεις) καθώς πρέπει να υποθέσει κανείς ότι οι γονείς μπορούν να μοιράζονται το κρεβάτι ούτως ή άλλως, έστω και ακούσια (επίπεδο 1).<sup>33</sup> Βλ. Πίνακα 3 για στρατηγικές ελαχιστοποίησης του κινδύνου.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 3<sup>ος</sup> ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΜΟΙΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΚΡΕΒΑΤΙΟΥ

---

Αυξημένη προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού (επίπεδο 1)<sup>12,42,52</sup> (επίπεδο 3).<sup>52</sup>

Παραπομπή για διακοπή του καπνίσματος και θεραπεία της χρήσης αλκοόλ ή/και ναρκωτικών (επίπεδο 1)<sup>28</sup> (επίπεδο 3).<sup>11</sup>

Αυξημένη επαναλαμβανόμενη και με πολλούς τρόπους ανταλλαγή μηνυμάτων σχετικά με τους κινδύνους της κοινής χρήσης καναπέδων, την κοινή χρήση κρεβατιού όταν υπάρχουν επικίνδυνοι παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του ύπνου δίπλα σε έναν ενήλικα με προβλήματα υγείας και αποφυγή καπνού. Τα μηνύματα κειμένου και e-mail και η χρήση βίντεο και μέσων κοινωνικής δικτύωσης μπορεί να είναι χρήσιμα εάν αυτά είναι διαθέσιμα στους γονείς (επίπεδο 2).<sup>34,53,54</sup>

Οι βρεφικές καθαθούνες τοποθετημένες στο πλάι του κρεβατιού ή οι κατασκευές πάνω στο κρεβάτι (π.χ. Peri-Rod, wahakura) μπορούν να ληφθούν υπόψη (επίπεδο 2).<sup>1,55</sup>

Δώστε έμφαση στην κοινή χρήση δωματίου όπου και όποτε το να μοιράζεται το κρεβάτι δεν μπορεί να γίνει με ασφάλεια.

Λάβετε υπόψη τη σημασία του συντρόφου και άλλων υποστηρικτικών ανθρώπων του περιβάλλοντος που συμμετέχουν στις σχετικές με την ώρα του ύπνου δραστηριότητες των βρεφών.

---

- A. Αυτές οι συζητήσεις μπορούν να περιλαμβάνουν το πώς να γίνουν τα μέρη του ύπνου όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και αυτό μπορεί να δείχνει τον τρόπο που μπορεί να ελαχιστοποιήσετε τις επικίνδυνες περιστάσεις, ακόμα κι αν αυτές δεν έχουν εξαλειφθεί εντελώς (Βλ. Πίνακα 2).

- B. Για παράδειγμα, μπορεί να συζητηθεί το εάν ένας γονέας που καπνίζει μοιράζεται το κρεβάτι με το μωρό, αν το μωρό θηλάζει, σε τι θέση κοιμάται το μωρό, σε ποια επιφάνεια ύπνου κοιμάται, τι κλινוסκεπάσματα χρησιμοποιούνται και πού μπορεί να κοιμηθεί για λίγο το βρέφος όταν είναι μόνο του.

Οι συζητήσεις όταν μια οικογένεια μοιράζεται το κρεβάτι πρέπει να γίνονται με μη επικριτικό τρόπο και να αναγνωρίζεται το πλαίσιο λειτουργίας της οικογένειας

- Υπάρχει η δυνατότητα να μειωθούν οι βρεφικοί θάνατοι αν τελειώσει η προκατάληψη σχετικά με το μοίρασμα του κρεβατιού και οι γονείς εκπαιδευτούν σχετικά με την ασφαλή κοινή χρήση κρεβατιού. Το μοίρασμα του κρεβατιού έχει εξελιχθεί από έμφυτους ανθρώπινους βιολογικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς. Δεν είναι ενιαία, διακριτή ή συνεκτική πρακτική, αλλά αποτελείται από ένα ποικίλο φάσμα συμπεριφορών, μερικές από τις οποίες μπορεί να φέρουν κινδύνους, καθιστώντας ιδιαίτερα σημαντική τη συζήτηση για την ασφάλεια της κοινής χρήσης κρεβατιού.
- Η συζήτηση του κοινού ύπνου με τους γονείς όταν το βρέφος μοιράζεται το κρεβάτι με τη μητέρα που θηλάζει, μας επιτρέπει να συζητήσουμε για την ασφαλή κοινή χρήση κρεβατιού στο πλαίσιο της οικογένειας. Χρησιμοποιώντας τη θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς, η παροχή συμβουλών σχετικά με τον ασφαλή ύπνο του βρέφους όταν η μητέρα θηλάζει είναι πολύ πιθανό να είναι αποτελεσματική εάν είναι συνεπής και με τους κοινωνικούς κανόνες και τις στάσεις κάθε οικογένειας (επίπεδο 2).<sup>34</sup>
- Τα εργαλεία για να φτιάξουμε ένα σενάριο είναι σημαντική βοήθεια για μας.<sup>35,36</sup> Ξεκινώντας με ανοιχτές ερωτήσεις διερευνούμε και εντοπίζουμε τις εμπειρίες που έχουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η ιατρική που βασίζεται σε ενδείξεις ενσωματώνει τη «συμπονετική μεταχείριση μεμονωμένων ασθενών», τα προβλήματα τους, τα δικαιώματά τους και τις προτιμήσεις τους (επίπεδο 5).<sup>23</sup> Η μη επικριτική συμβουλευτική βοηθά στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή τόσο για τις αποκαλύψεις του όσο και για την αποτελεσματική συμβουλευτική (επίπεδο 5).<sup>10</sup>

Συστάσεις δημόσιας πολιτικής.

Οι δομικές κοινωνικές παρεμβάσεις είναι ουσιαστικές παρεμβάσεις ανεξάρτητα από την παροχή συμβουλών σχετικά με τις ρυθμίσεις του ύπνου. Καθώς πολλοί γονείς θα έχουν περιορισμένη επαφή με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης,<sup>33</sup> η υποστήριξη διαρθρωτικών αλλαγών είναι κρίσιμη. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να ασχοληθούν με τις ακόλουθες στρατηγικές που μπορεί να βοηθήσουν να μειωθεί η βρεφική θνησιμότητα:

1. Η αύξηση των τιμών του καπνού είναι στρατηγική που συνδέεται με την άμεση και αξιοσημείωτη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στην Ευρώπη (επίπεδο 5).<sup>37</sup>

2. Πρέπει να τερματισθεί η φυλετική προκατάληψη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που υπονομεύει τον θηλασμό και οδηγεί σε κακή έκβαση για τη μητέρα και το βρέφος (επίπεδο 2)<sup>38,39</sup> (επίπεδο 3).<sup>40</sup>

3. Η υπεράσπιση της σωστής κατανομής της χρηματοδότησης και των πόρων για την έρευνα που εστιάζεται στους παράγοντες κινδύνου σχετικά με τον βρεφικό θάνατο που σχετίζεται με τον ύπνο πρέπει να είναι ανάλογη με τα τεκμηριωμένα στοιχεία για το επίπεδο κινδύνου.

## **Βάση ενδεικτικών δεδομένων και υποστηρικτικό υλικό**

### **Ορισμοί**

Ως σύνδρομο βρεφικού αιφνίδιου θανάτου (SIDS) ορίζεται ο αιφνίδιος θάνατος ενός βρέφους που παραμένει ανεξήγητος μετά από έρευνα δηλαδή μετά από επανεξέταση της υπόθεσης ή/και τη νεκροψία και αναπαράσταση της σκηνής του θανάτου. Το SIDS έχει ένα συγκεκριμένο κωδικό, R95, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων, 10η Αναθεώρηση (ICD-10).<sup>56</sup> Ο κωδικός για «άλλες ασαφείς και απροσδιόριστες αιτίες θανάτου» (R99) χρησιμοποιείται όταν η αιτία του θανάτου είναι άγνωστη ή δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για ταξινόμησή του ως SIDS, όπως όταν υπάρχει υποψία SIDS αλλά η πλήρης έρευνα δεν έχει πραγματοποιηθεί. Η τυχαία ασφυξία ή ο στραγγαλισμός στο κρεβάτι (ASSB, W75) κωδικοποιείται όταν επήλθε ο θάνατος από ασφυξία, στραγγαλισμό ή πνιγμό, στο κρεβάτι, στην κούνια, στον καναπέ, ή στην πολυθρόνα.

Ο αιφνίδιος απροσδόκητος βρεφικός θάνατος (SUID), γνωστός και ως ξαφνικός απροσδόκητος θάνατος στη βρεφική ηλικία (SUDI), είναι ένας γενικός όρος για όλους τους απροσδόκητους θανάτους, τόσο αυτούς που παραμένουν ανεξήγητοι (κωδικοποιημένα ως R95 ή R99) και για εκείνους για τους οποίους βρέθηκε τελικά μια πλήρης αιτιολογική εξήγηση.

Μέτρο υποκατάστασης για το SIDS: για τους σκοπούς αυτού του πρωτοκόλλου και για τυχόν διεθνείς συγκρίσεις, χρησιμοποιούμε ένα μέτρο υποκατάστασης για το SIDS προσθέτοντας τους θανάτους που έχουν εκχωρηθεί σε αυτούς τους τρεις κωδικούς μαζί (R95 + R99 + W75) ως σύνθετο μέτρο ανεξήγητου SUDI (ή SUID).<sup>57</sup> Αυτό γίνεται λόγω της αναγνώρισης μιας διαγνωστικής αλλαγής που επισημάνθηκε από τους Taylor et al.<sup>58</sup> και Shapiro Mendoza et al.<sup>59</sup> την τελευταία δεκαετία κατά την οποία ορισμένοι παθολόγοι και ιατροδικαστές έδειχναν απρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν το SIDS (R95) επειδή η διάγνωση αυτή απαιτεί τον αποκλεισμό οποιασδήποτε άλλης αιτίας θανάτου. Επομένως, η χρήση των κωδικών R99 ή W75 προτιμάται, παρά τα ελλιπή ή ελάχιστα στοιχεία ότι η καταπλάκωση από το γονιό (πνίξιμο από ατύχημα) μπορεί να είναι ο αιτιολογικός παράγοντας. Η διαγνωστική μετατόπιση προς το ASSB (W75) είναι πιο συχνή στις Ηνωμένες Πολιτείες παρά στο Ηνωμένο Βασίλειο.<sup>60</sup>

Η κοινή χρήση κρεβατιού (bedsharing) ορίζεται ως εξής: κατά τον ύπνο το βρέφος μοιράζεται κρεβάτι ενήλικου με έναν ενήλικο, και για αυτό το πρωτόκολλο το βρέφος κοιμάται δίπλα σε έναν φροντιστή, πιο συχνά τη μητέρα. Το κρεβάτι μπορεί να αποτελείται από στρώμα ή φουτόν (στρώματα από φυτικές ύλες) με διαφορετικά επίπεδα σκληρότητας ανάλογα με τη γέμιση του στρώματος.

Συγκοίμηση (Cosleeping) είναι ένας όρος που μπορεί να περιλαμβάνει και τον ύπνο σε μια κοινόχρηστη επιφάνεια και ύπνο σε κοντινή απόσταση, αλλά όχι απαραίτητα σε μια κοινόχρηστη επιφάνεια ύπνου. Πιο ξεκάθαρα, ο όρος «cosleeping» δηλαδή η συγκοίμηση δεν χρησιμοποιείται σε αυτό το πρωτόκολλο.

Ξεχωριστός έναντι μοναχικού ύπνου: Αναφερόμαστε σε «ξεχωριστό ύπνο» δηλαδή κοινή χρήση δωματίου χωρίς κοινή χρήση κρεβατιού, ενώ ο «μοναχικός ύπνος» αναφέρεται στον ύπνο σε ξεχωριστό δωμάτιο από τους γονείς.

#### *Ιστορικό, πλαίσιο και ανθρωπολογία της θέσης ύπνου του βρέφους*

Το ανθρώπινο γάλα είναι χαμηλότερο σε διαλυτότητα σε σύγκριση με τα γάλατα των άλλων ειδών (π.χ. βοοειδών),<sup>61</sup> και αφομοιώνεται πολύ γρήγορα. Το γρήγορα αναπτυσσόμενο βρέφος θηλάζει τουλάχιστον 8–12 φορές σε 24 ώρες.<sup>62</sup> Η συχνή σίτιση είναι δύσκολη εάν το βρέφος δεν βρίσκεται σε στενή επαφή με τη μητέρα του/της που το θηλάζει τη μέρα και τη νύχτα.<sup>1,8</sup> Ο γονέας που μοιράζεται το κρεβάτι με το θηλάζον βρέφος αποτελεί ανθρώπινο εξελικτικό κανόνα όπως καταδεικνύεται από την ανθρωπολογική έρευνα.<sup>63–67</sup> Στις βιομηχανικές χώρες μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, τα περισσότερα βρέφη μοιράζονταν το κρεβάτι και θηλάζαν.<sup>68</sup> Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα, ο μοναχικός ύπνος αναπτύχθηκε ως ιδανικός μεταξύ των μεσαίων τάξεων, ενισχυμένος από τις αυξανόμενες τάσεις της τεχνητής σίτισης και την ιατροποίηση του τοκετού, χωρίζοντας με αυτό το τρόπο τα βρέφη από τις μητέρες τους.<sup>65,68</sup> Η εκπαίδευση ύπνου έγινε επίσης ολοένα και πιο δημοφιλής σε ορισμένες βιομηχανικές κοινωνίες.<sup>68</sup> Τα υποκατάστατα του ανθρώπινου γάλακτος (π.χ. βρεφική φόρμουλα) βοήθησαν αυτή την τάση, καθώς τα βρέφη που λαμβάνουν «ξένο γάλα» τείνουν να τρέφονται λιγότερο συχνά<sup>69</sup> και μπορεί να κοιμούνται περισσότερο βαθιά από τα βρέφη που θηλάζουν.<sup>70</sup>

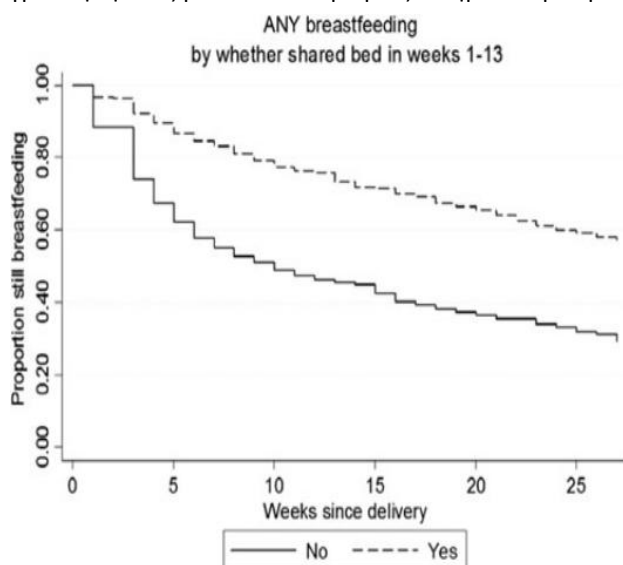


Ανησυχίες σχετικά με τη διάρκεια του ύπνου και το πού κοιμάται το βρέφος δεν υπήρχαν αλλά άρχισαν να εμφανίζονται από τα τέλη του 19ου έως και τις αρχές του 20ου αιώνα στις βιομηχανικές χώ-

ΕΙΚ. 1. Θέση C ή «αγκαλίτσα» “Cuddle curl.” Οι μητέρες που κοιμούνται με το βρέφος υιοθετούν μια χαρακτηριστική θέση (Προστατευτική C ή αγκαλίτσα) κατά την οποία οι μητέρες φτιάχνουν με το σώμα τους έναν ασφαλή χώρο ύπνου για το μωρό τους. Το χέρι της μητέρας είναι πάνω από το κεφάλι του μωρού και το εμποδίζει να ανέβει στο κρεβάτι μέσα στα μαξιλάρια, και τα γόνατά της μητέρας μπαίνουν κάτω από τα πόδια του βρέφους για να το αποτρέψουν να κατέβει από το κρεβάτι. Το μωρό είναι τοποθετημένο οριζόντια στην πλάτη του σε επίπεδο στρώμα για ύπνο, και δίπλα στο το στήθος της μητέρας του για να γίνει εύκολο το τάισμα. © Πηγή πληροφοριών για τον ύπνο του μωρού, με άδεια χρήσης από το Creative Commons, 2016. Οι έγχρωμες εικόνες είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο.

ρες,<sup>68</sup> υποδεικνύοντας ότι η έρευνα για τον βρεφικό ύπνο έχει λάβει χώρα μέσα σε ένα ιστορικό πλαίσιο στο οποίο η σίτιση με υποκατάστατα ανθρώπινου γάλακτος και η προαγωγή του «μοναχικού ύπνου» ήταν φυσιολογικές. Αν και οι γονείς και οι φροντιστές στους περισσότερους πολιτισμούς κοιμούνται κοντά στα βρέφη τους, κάποιες οργανώσεις σε ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένων και των Ηνωμένων Πολιτειών, του

Καναδά και της Γερμανίας συνιστούν ότι ακόμη και οι μητέρες που θηλάζουν δεν πρέπει ποτέ να μοιράζονται το ίδιο κρεβάτι με τα βρέφη τους.<sup>10, 71-73</sup> Προτείνεται η έννοια του «ύπνου στο στήθος» για να περιγράψει ένα μοντέλο με βιολογική βάση, δηλαδή τη διαρκή επαφή μεταξύ μητέρας και βρέφους που ξεκινά αμέσως μετά τη γέννηση, κατά το οποίο ο ύπνος και ο θηλασμός συνδυάζονται άρρηκτα, θεωρώντας ότι δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου.<sup>15,64</sup> Σε διάφορους πολιτισμούς σε όλο τον κόσμο περιγράφεται η μητέρα να κοιμάται με το βρέφος και να το θηλάζει συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας ενώ ξαπλώνουν μαζί στο κρεβάτι μέχρι το πρωί, η μητέρα μπορεί να μην θυμάται πόσες φορές θηλάζει ή για πόσο καιρό.<sup>74</sup> Στην έννοια του ύπνου στο στήθος αναγνωρίζεται ο κρίσιμος ρόλος που έχει η άμεση και διαρκής επαφή που συμβάλλει στη δημιουργία βέλτιστου θηλασμού,<sup>63,75,76</sup> και αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά και η φυσιολογία των θηλαστικών δυάδων που μοιράζονται το ίδιο κρεβάτι μπορεί να είναι διαφορετική από εκείνη στις μη θηλάζουσες δυάδες, και αυτό σημαίνει ότι η αξιολόγηση της ασφάλειας για την κοινή χρήση κρεβατιού πιθανώς απαιτεί διαφορετική προσέγγιση όταν η μητέρα θηλάζει σε αντίθεση με τη σίτιση με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος.<sup>4,21,77,78</sup> Όταν οι μητέρες που θηλάζουν κοιμούνται με τα βρέφη τους, τα προστατεύουν από πιθανούς φυσιολογικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως την κάλυψη των αναπνευστικών αεραγωγών και την υπερθέρμανση λόγω της χαρακτηριστικής θέσης ύπνου τους (κουλουριασμένες γύρω από τα βρέφη τους, δημιουργούν για αυτά με το σώμα τους περιορισμένο χώρο ύπνου), γνωστή ως C-position<sup>48</sup> ή «αγκαλίτσα»<sup>49</sup> (Εικ. 1). Η συνεχής επαγγρύπνησή τους μέσα από τα μικρά ξυπνήματα προάγει τις τακτικές βρεφικές αφύπνισεις σε όλη τη διάρκεια της νύχτας.<sup>21,78-80</sup> Σε δύο μικρές μελέτες με τη χρήση βίντεο, παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες που δεν θηλάσαν ποτέ έκαναν λιγότερο συχνά αυτές τις προστατευτικές συμπεριφορές.<sup>78,81</sup> Σε σύγκριση με τα βρέφη που θηλάζουν αλλά κοιμούνται μόνα τους, τα βρέφη που θηλάζουν αλλά κοιμούνται με τη μητέρα τους στο στήθος περνούν λιγότερο χρόνο στα στάδια 3-4 του ύπνου δηλ. το βαθύ ύπνο και περισσότερο χρόνο στα στάδια 1-2 (ελαφρύτερο) ύπνο, διευκολύνοντας με αυτό το τρόπο την ταχεία αφύπνιση των βρεφών και τον τερματισμό των απνοιών. Ο περισσότερος χρόνος που περνάνε τα θηλάζοντα βρέφη που κοιμούνται μαζί με τη μητέρα σε σύγκριση με τον λιγότερο χρόνο που περνούν εκείνα που θηλάζουν αλλά κοιμούνται χωριστά, μπορεί να επηρεάσει τις επιγενετικές ανταποκρίσεις στο άγχος του βρέφους μέσω της πιθανής επιρροής που έχει η μητρική φροντίδα στις ρυθμιστικές απαντήσεις του βρέφους.<sup>82</sup> Παρά τις συμβουλές που υπήρχαν τις προηγούμενες δεκαετίες για την αποφυγή της επαφής μητέρας-βρέφους κατά τη διάρκεια του ύπνου, οι ερευνητές αναφέρουν ότι κάθε νύχτα 20-25% των βρε-



Το μοίρασμα του κρεβατιού συνδέεται στενά με τη συνέχιση του θηλασμού Πηγή: Ball et al., 2016

φών στις Η.Π.Α και το Η.Β. ηλικίας <3 μηνών μοιράζονται το κρεβάτι για ύπνο με ένα γονέα τουλάχιστον για μερικές από τις νύχτες,<sup>83,84</sup> και >40% των βρεφών στις δυτικές\* κοινωνίες, (\*αντιλαμβανόμεστε το «δυτικό» ως ιδεολογικό κατασκεύασμα, όχι ως γεωγραφικό) το κάνουν κάποια στιγμή κατά τους πρώτους 3 μήνες.<sup>83,85-91</sup> Αυτές οι αναλογίες ενδέχεται να υποδηλώνονται λόγω του στίγματος που σχετίζεται με την κοινή χρήση κρεβατιού, ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι γονείς εκφράζουν διάφορους λόγους για τους οποίους κοιμούνται με το βρέφος τους, συμπεριλαμβανομένων βαθιά ριζωμένων πολιτιστικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων και των φιλοσοφικών θεωρήσεων τους, της φυσιολογικής σύνδεσης μεταξύ του θηλασμού και του θηλασμού κατά τη διάρκεια της νύχτας και ένα βιολογικό καταναγκασμό που τους οδηγεί στην ανάγκη για στενή επαφή.<sup>25,89,92-94</sup> Εξηγούν ότι ο ύπνος με το βρέφος τους διευκολύνει τη νυχτερινή φροντίδα, τους βοηθά να παρακολουθούν το βρέφος τους, τους παρέχει άνεση και εξακολουθεί να τους επιτρέπει να κοιμούνται.<sup>8,25,95</sup> Μερικές φορές οι γονείς αναφέρουν ότι δεν έχουν πουθενά αλλού να βάλουν το βρέφος τους τη νύχτα, ή ότι έχουν αποκοιμηθεί μαζί με το βρέφος τους άθελά τους.<sup>25,89,96</sup> Άλλοι γονείς αναφέρουν ότι μοιράζονται το κρεβάτι με το βρέφος όταν υπάρχει πρόβλημα ακοής της μητέρας ή του βρέφους, για να το προστατεύσουν από περιβαλλοντικές βλάβες (δηλαδή από ζώδια, πυροβολισμούς και σεισμούς) και από το SIDS.<sup>97-99</sup>

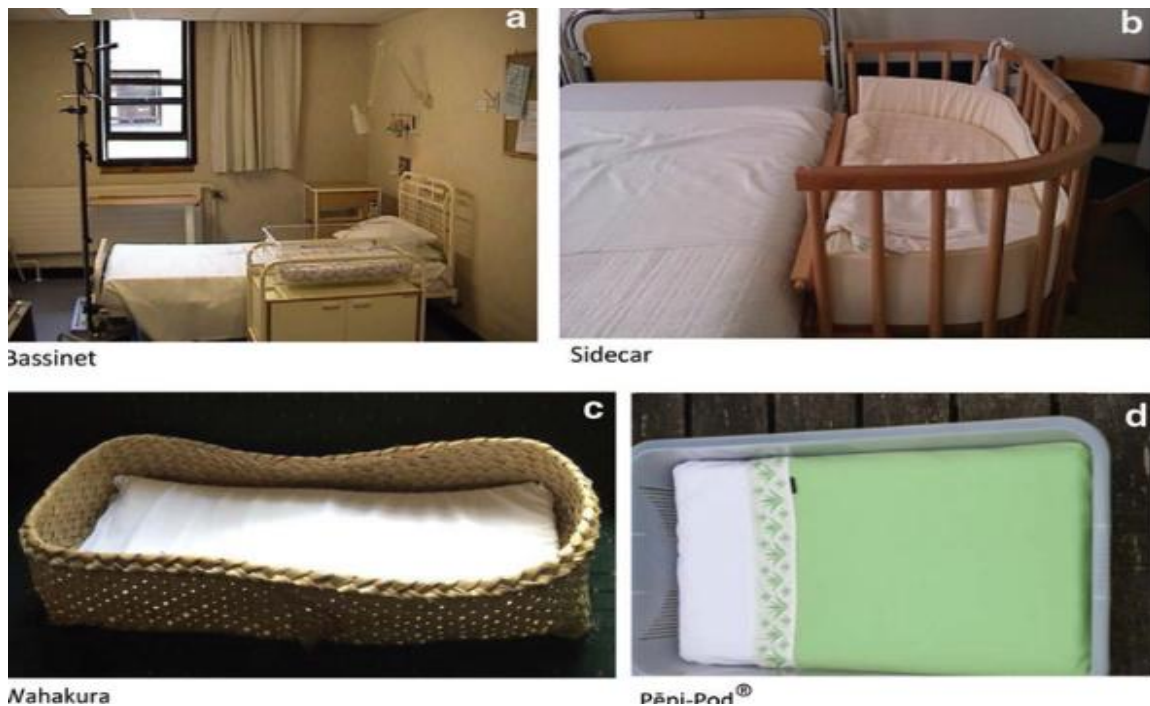
Οι μητέρες που θηλάζουν αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα μαμάδων<sup>92</sup> στο σύνολο αυτών που μοιράζονται το κρεβάτι με το μωρό τους. Η επαφή της μητέρας με το βρέφος κατά τη διάρκεια του ύπνου διευκολύνει

τον νυχτερινό θηλασμό, με πολλαπλές μελέτες να αποδεικνύουν ότι το μοίρασμα του κρεβατιού συνδέεται με συχνότερα αϊσματα τη νύχτα (ενίσχυση της παραγωγής γάλακτος) και περισσότερους μήνες θηλασμού<sup>2,4,14,90</sup> (Εικ. 2). Οι μητέρες με την ισχυρότερη προγεννητική πρόθεση να θηλάσουν είναι πιο πιθανόν να μοιραστούν το κρεβάτι,<sup>4</sup> ενώ οι γυναίκες που θηλάζουν και δεν σκοπεύουν αρχικά να μοιραστούν το κρεβάτι με το βρέφος συχνά καταλήγουν να το κάνουν.<sup>8,100</sup> Αν και οι θηλάζουσες μητέρες που μοιράζονται το κρεβάτι με το βρέφος ξυπνούν συχνά για να το αϊσουν, είναι ξύπνιες για μικρότερα χρονικά διαστήματα και ξανακοιμούνται πιο γρήγορα.<sup>79</sup> Έτσι επιτυγχάνουν μεγαλύτερη διάρκεια ύπνου<sup>101</sup> από τις μητέρες που δεν μοιράζονται το κρεβάτι τους με το βρέφος.<sup>14</sup> Το μοίρασμα του κρεβατιού είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται από τις μητέρες που θηλάζουν για τη μείωση του φυσικού και του κοινωνικού κόστους, για παράδειγμα να αποφύγουν μια διαταραχή του ύπνου.<sup>102</sup> Μια μελέτη παρατήρησης έδειξε ότι οι μητέρες

που μοιράζονται το κρεβάτι με το βρέφος σε σύγκριση με τις μητέρες που έχουν κοινό δωμάτιο με το βρέφος χωρίς ωστόσο το μοίρασμα κρεβατιού, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν πως θηλάζουν αποκλειστικά (προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων [OR]: 2,46; 95% διάστημα αξιοπιστίας [CI]: 1,76–3,45) ή να κάνουν μερικό θηλασμό (προσαρμοσμένο OR: 1,75; 95% CI:1.33–2.31).<sup>7,103</sup> Ως εκ τούτου, η συμβουλή για την αποφυγή του μοιράσματος του κρεβατιού με το βρέφος ενέχει την πιθανότητα της υπονόμησης των στόχων του θηλασμού,<sup>3,8,104,105</sup> και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ύπνου σε μη ασφαλή περιβάλλοντα όπως σε καναπέδες.<sup>106</sup>

Οι μητέρες και τα βρέφη μπορούν να κοιμούνται ξεχωριστά αλλά να θηλάζουν αποκλειστικά, όμως αυτό οδηγεί σε λιγότερους νυχτερινούς θηλασμούς: όσες μητέρες μοιράζονται το κρεβάτι τους με το βρέφος κάνουν διπλάσιους ή τριπλάσιους θηλασμούς και έχουν μεγαλύτερο συνολικό χρόνο θηλασμού σε σύγκριση με τον ξεχωριστό ύπνο.<sup>6</sup> Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που εξετάζει την έναρξη του θηλασμού καταγράφηκαν λιγότεροι από τους μισούς θηλασμούς από τις μητέρες των οποίων τα βρέφη κοιμόντουσαν μόνα τους σε ξεχωριστό διπλανό κρεβατάκι από αυτό της μητέρας στο μαιευτήριο σε σύγκριση με τις μητέρες που είχαν το μωρό τους σε κρεβατάκι δίπλα στο δικό τους αλλά χωρίς το ενδιάμεσο κάγκελο (Εικ. 3α) ή που μοιράζονταν το κρεβάτι τους.<sup>1</sup> Σε μία μελέτη που έγινε σε πληθυσμό με χαμηλά ποσοστά θηλασμού, οι συμβουλές σχετικά με την κοινή χρήση δωματίου χωρίς οι μητέρες να μοιράζονται το κρεβάτι πέτυχε οι μητέρες να θηλάσουν με παρόμοια διάρκεια, αλλά όχι αποκλειστικά.<sup>22</sup>

***Κοινή χρήση κρεβατιού και SIDS:  
επιδημιολογικά δεδομένα παρατήρησης***



ΕΙΚΟΝΑ :3 (a) bassinet, (b) sidecar, (c) wahakura, (d) Peri-Pod.  
Οι έγχρωμες εικόνες βρίσκονται στο διαδίκτυο

Η διατροφή με υποκατάστατα ανθρώπινου γάλακτος (φόρμουλα) συνδέεται με αξιοσημείωτα αυξημένο κίνδυνο SIDS.<sup>42</sup> Αυτό μπορεί να οφείλεται στη χαμηλότερη ουδό αφύπνισης των βρεφών και τον αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης σε σύγκριση με τις δυάδες μητέρας-βρέφους που θηλάζουν.<sup>52</sup> Επιπρόσθετα, οι μελέτες με τη χρήση βίντεο δείχνουν ότι τα βρέφη που θηλάζουν κατά τη διάρκεια της νύχτας επιταμμένα κοιμούνται με το κεφάλι τους πολύ κάτω από τα μαξιλάρια καθώς είναι τοποθετημένα κοντά στο στήθος της μητέρας τους,<sup>21,78,81</sup> και έτσι μειώνεται ο κίνδυνος ασφυξίας, σε αντίθεση με τα βρέφη που τρέφονται με υποκατάστατα γάλακτος (φόρμουλα), τα οποία σκόπιμα τοποθετούνται για ύπνο πάνω ή γύρω από τα μαξιλάρια. Τα βιντεογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι τα βρέφη που θηλάζουν σπάνια κοιμούνται σε πρηνή θέση.<sup>21,81</sup> Οι Hauck et al. υποστήριξαν ότι ο θηλασμός σχετίζεται αιτιολογικά με τη μείωση του SIDS βασισμένοι στη βιολογική αξιοπιστία, στη συνέπεια των ευρημάτων, στην ισχύ του συσχετισμού (που έκτοτε έχει γίνει ισχυρότερος<sup>42</sup>), στον χρόνο της σύνδεσης και στα αποτελέσματα δόσης-απόκρισης, και δεν είναι απλώς ένας δείκτης όπως άλλοι προστατευτικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας του καπνού του τσιγάρου ή των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων.<sup>52</sup> Ο προστατευτικός μηχανισμός είναι άγνωστος. Ωστόσο, είναι πιθανό να πρόκειται για ένα συνδυασμό της μητρικής συμπεριφοράς, των ανοσολογικών και θρεπτικών ιδιοτήτων του ανθρώπινου γάλακτος και της φυσιολογικής επίδρασης του πιπιλισματος στην αφύπνιση του βρέφους.

Περίπου οι μισές περιπτώσεις SIDS συμβαίνουν όταν τα βρέφη κοιμούνται δίπλα σε έναν ενήλικα, όπως φαίνεται σε πρόσφατες μελέτες παρατήρησης με περιστατικά-μάρτυρες, ενώ οι υπόλοιποι θάνατοι συμβαίνουν μεταξύ βρεφών που κοιμούνται μόνα τους σε καλαθούνα/κούνια.<sup>9,11</sup> Σε μια διαχρονική μελέτη στην Αγγλία 300 διαδοχικών θανάτων από SIDS σε μια περίοδο 20 ετών, ο συνολικός αριθμός των θανάτων από SIDS στα βρέφη που μοιράζονται το κρεβάτι με τη μητέρα τους μειώθηκε κατά το ήμισυ μετά την καμπάνια με το όνομα «Τα μωρά να κοιμούνται στην πλάτη τους» ή «Back to Sleep».<sup>107</sup> Ωστόσο, σε αυτή την μελέτη κόρητης σημειώθηκε επταπλάσια μείωση σε θανάτους που συνέβησαν στην καλαθούνα/κούνια, γεγονός που υποδηλώνει ότι η τοποθέτηση των βρεφών για ύπνο σε πρηνή θέση ήταν πολύ πιο συνηθισμένη μεταξύ εκείνων των βρεφών που κοιμούνται μόνα τους σε σχέση με τα βρέφη που μοιράζονται το κρεβάτι με τη μητέρα τους.<sup>11,107</sup> Αυτή η τάση είχε επίσης ως αποτέλεσμα ένα υψηλότερο ποσοστό θανάτων που συνέβησαν σε βρέφη που μοιράζονταν το κρεβάτι με τη μητέρα τους, παρά την αριθμητική ελάττωση των θανάτων αυτών των βρεφών λόγω του χαμηλότερου αριθμού συνολικών θανάτων. Αυτή η στατιστική άνοδος στο ποσοστό των θανάτων από την κοινή χρήση κρεβατιού οδήγησε τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής σε ορισμένες χώρες να προτείνουν να μην μοιράζονται οι μητέρες το κρεβάτι τους με τα βρέφη, συμπεριλαμβανομένης και της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής, ξεκινώντας με τη δήλωση της από το 2005.<sup>10,108</sup> Σε μια μετα-ανάλυση 11 περιστατικών ασθενών SIDS μαρτύρων οι μελέτες που δημοσιεύθηκαν το 2012, έδειξαν ότι υπάρχει ένας τριπλάσιος συγκεντρωτικός κίνδυνος που σχετίζεται με την κοινή χρήση κρεβατιού, αν και αυτό δεν ήταν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε μεγαλύτερα βρέφη (>12 εβδομάδων) ή σε εκείνα που δεν εκτέθηκαν σε καπνό τσιγάρου και ο κίνδυνος ήταν σημαντικός μόνο για όσες μητέρες μοιράζονταν το κρεβάτι χωρίς πρόθεση και όχι για όσες μοιράζονταν το κρεβάτι καθημερινά. Επιπλέον, ο θηλασμός δεν συμπεριλήφθηκε σε αυτή την ανάλυση.<sup>109</sup>

Η αλληλεπίδραση μεταξύ βρεφών που μοιράζονται το κρεβάτι με μητέρες που καπνίζουν, ως κίνδυνος για SIDS, εντοπίστηκε για πρώτη φορά στη New Zealand Cot Death Study το 1993,<sup>31</sup> ότι ήταν υπερτετραπλάσια (OR: 4,55 [95% CI: 2,63–7,88]) σε σύγκριση με κανένα κίνδυνο μεταξύ των βρεφών που κοιμούνται δίπλα σε μη καπνίστριες μητέρες (OR: 0,98 [95% CI: 0,44–2,18]) σε αυτήν τη μελέτη ασθενών-μαρτύρων.<sup>32</sup> Η προγεννητική έκθεση στον καπνό δεν είναι απλώς ένας δείκτης για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς σχετίζεται με μειωμένη αφύπνιση του βρέφους, και με παθολογικά ευρήματα στους εγκεφάλους των εκτεθειμένων βρεφών.<sup>29,30</sup>

Μια συνδυασμένη ανάλυση 400 βρεφών με SIDS και 1.386 βρεφών-μαρτύρων από δύο αγγλικές μελέτες έδειξε 18 φορές αύξηση στους θανάτους από SIDS εάν ένα βρέφος κοιμόταν με έναν ενήλικα στο καναπέ ή κοιμήθηκε δίπλα σε έναν ενήλικα που ήπιε >2 U αλκοόλ μέσα σε μια περίοδο 24 ωρών (2 U ισούνται με 1 όγδο του γαλονιού (pint) ή ένα μεγάλο κουτάκι μύρα [440 mL], 1 ποτήρι κρασί [175 mL] ή 2 σφηνάκια οινόπνευματων ποτών [50 mL]), με τετραπλάσιο κίνδυνο στην κοινή χρήση κρεβατιού εάν οι γονείς κάπνιζαν.<sup>11</sup> Όταν απουσίαζαν άλλοι κίνδυνοι, δεν υπήρχε κίνδυνος για SIDS με την κοινή χρήση κρεβατιού σε σύγκριση με τα άτομα που δεν μοιράζονταν το κρεβάτι τους (κοινή χρήση δωματίου ή μοναχικός ύπνος) (OR: 1,08 [95% CI: 0,58–2,01]). Όταν τα δεδομένα χωρίστηκαν σε νεότερα (<3 μηνών) ή σε μεγαλύτερα βρέφη, φάνηκε ένας αυξημένος αλλά όχι στατιστικά σημαντικός κίνδυνος στα μικρότερα βρέφη (OR: 1,6 [95% CI: 0,96–2,7]) και ήταν εμφανής μια σημαντική προστατευτική επίδραση για τη μη επικίνδυνη κοινή χρήση του κρεβατιού μεταξύ των

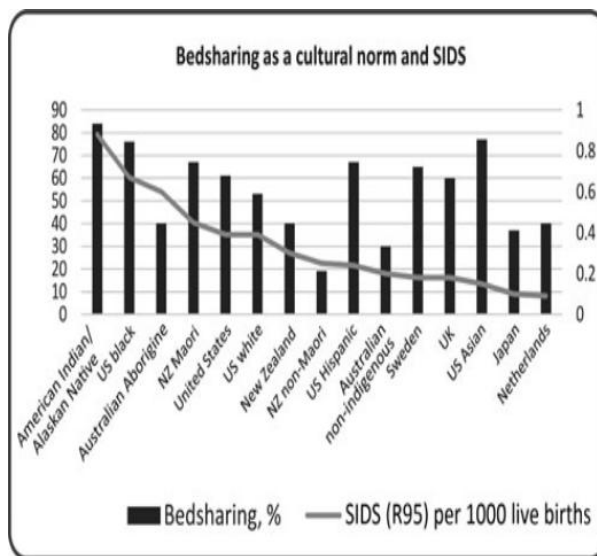


μεγαλύτερων βρεφών (OR: 0,08 [95% CI: 0,01–0,52]). Περαιτέρω μελέτη με μεγαλύτερο αριθμό βρεφών θα χρειαζόταν για να αξιολογηθεί σωστά οποιαδήποτε διαφορετική επίδραση από την ηλικία του βρέφους ή την επίδραση παραγόντων όπως τη χρήση ναρκωτικών από τους γονείς, ή τη θέση ύπνου του βρέφους ή την κοινή χρήση δωματίου.

Αντίθετα, σε μια παρόμοια συνδυασμένη ανάλυση, πενταπλάσιος αυξημένος κίνδυνος συσχέτιστηκε με την κοινή χρήση κρεβατιού στα νεότερα βρέφη σε μη επικίνδυνες περιστάσεις.<sup>9</sup> Ωστόσο, η ομάδα αναφοράς για αυτή τη μελέτη ήταν θηλάζοντα βρέφη κορίτσια που κοιμήθηκαν ανάσκελα δίπλα στα κρεβάτια των μη καπνιστών γονιών τους και με την απουσία άλλων παραγόντων κινδύνου. Αυτό μεγάλωσε τη διαφορά του κινδύνου και καθιστά αυτή την εξήγηση μη γενικεύσιμη και δύσκολη να ερμηνευθεί, γιατί και οι δύο προστατευτικοί παράγοντες (που παρουσιάζονται αναλυτικά στην ομάδα αναφοράς) και οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου (το μοίρασμα του κρεβατιού) ποσοτικοποιούνται ταυτόχρονα.

Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τον κίνδυνο της κοινής χρήσης κρεβατιού με άλλους φροντιστές εκτός της μητέρας. Σε μια μελέτη από το κέντρο της πόλης του Σικάγο στις Ηνωμένες Πολιτείες βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος θανάτου όταν το μωρό μοιράζεται το κρεβάτι με διάφορα άτομα (άλλα παιδιά μόνα τους ή άλλα παιδιά με έναν ή και τους δύο γονείς) και άτομα εκτός από τους γονείς,<sup>50</sup> αλλά η αιτιώδης σχέση είναι ασαφής. Σε μια μελέτη στη Σκωτία, διαπιστώθηκε ένας αξιοσημείωτα αυξημένος κίνδυνος θανάτου εάν το βρέφος κοιμόταν μεταξύ των δύο γονέων,<sup>51</sup> αλλά αυτή η μελέτη δεν έλαβε υπόψη της τη χρήση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών η οποία είναι αξιοσημείωτη καθώς το Ηνωμένο Βασίλειο έχει υψηλό βαθμό βαριάς περιστασιακής κατανάλωσης οινόπνευματος (27,1% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω) σε σύγκριση με άλλες βιομηχανικές χώρες.<sup>110</sup>

#### Επιδημιολογία του SIDS



ΕΙΚ. 4. Η κοινή χρήση κρεβατιού (οποιαδήποτε) ως πολιτιστικός κανόνας και το SIDS. Πηγή: δεδομένα από τους Bartick and Tomori, 2019. Τα περισσότερα δεδομένα για το SIDS είναι του 2014. Οι ομάδες της Αυστραλίας είναι του 2008–2012, της Ιαπωνίας είναι του 2015, της Ολλανδία και της Σουηδίας είναι του 2013. Η ονομασία Αβορίγινος εδώ αναφέρεται τόσο στους Αβορίγινες της Αυστραλίας όσο και αυτούς των νησιών του στενού Torres

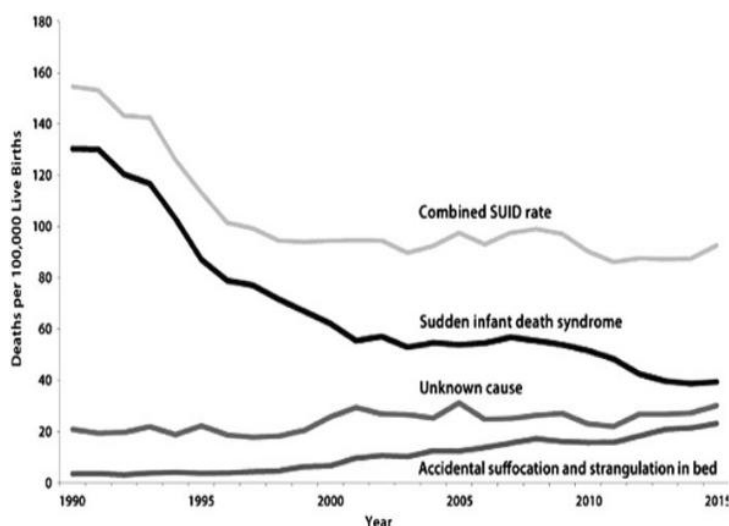
Το SIDS είναι πιο κοινό μεταξύ των χαμηλών εισοδημάτων<sup>46,107</sup> και ορισμένων περιθωριοποιημένων κοινοτήτων σε πλούσιες χώρες, με την υψηλότερη επίπτωση του SIDS στον κόσμο να εμφανίζεται στις Η.Π.Α στους Ινδιάνους της Αμερικής/Ιθαγενείς της Αλάσκας (μαζί) και σε μη Ισπανόφωνους έγχρωμους, στους Μαορί της Νέας Ζηλανδίας, στους Αβορίγινες και στους πληθυσμούς των νησιωτών του Στενού Τόρες της Αυστραλίας και στους αυτόχθονες Καναδούς.<sup>33</sup> Το μοίρασμα κρεβατιού είναι συχνά κοινό και πολιτιστικά περιθωριοποιημένες κοινότητες. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης πολλοί πληθυσμοί με υψηλά ποσοστά κοινής χρήσης κρεβατιού που έχουν χαμηλά ποσοστά SIDS,<sup>33,111</sup> συμπεριλαμβανομένων των Σουηδών,<sup>33</sup> των Ασιατών των ΗΠΑ και των Ισπανόφωνων των ΗΠΑ (Εικ. 4). Αυτές οι αντικρουόμενες παρατηρήσεις μπορεί να εξηγηθούν από την παρουσία ή την απουσία μιας ποικιλίας συνακόλουθων επικίνδυνων παραγόντων κινδύνου.<sup>33</sup> Πρέπει να σημειωθεί η επικάλυψη πολλών επικίνδυνων καταστάσεων που συνδέονται με συνθήκες φτώχειας, δομικού ρατσισμού και κληρονομιά κάποιου ιστορικού τραύματος και περιλαμβάνουν το κάπνισμα προγεννητικά, τη χρήση αλκοόλ, τον πρόωρο τοκετό, την ελλιπή περιγεννητική φροντίδα και την έλλειψη θηλασμού (το τάισμα με υποκατάστατα μητρικού γάλα-

κτος). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, λιγότερες από τις μισές μητέρες βρεφών που πέθαναν από SIDS έλαβαν έγκαιρα προγεννητική φροντίδα,<sup>33</sup> που έχει αποδειχθεί αλλού ότι σχετίζεται με το SIDS.<sup>112,113</sup> Ο δομικός ρατσισμός παίζει επίσης ρόλο. Για παράδειγμα, σε βρέφη Αφροαμερικανών είναι πιο πιθανό να χορηγηθούν υποκατάστατα ανθρώπινου γάλακτος στο νοσοκομείο χωρίς κάποια ιατρική ένδειξη,<sup>38,39</sup> υπονομεύοντας τον θηλασμό. Οι φυλετικές διακρίσεις των Μαορί και των ιθαγενών της Αυστραλίας και κάποιων άλλων μειονοτήτων από τους επαγγελματίες υγείας και την κοινωνία συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία στη Νέα Ζηλανδία και στην Αυστραλία.<sup>40,114</sup>

### Πολιτικές και στρατηγικές ελαχιστοποίησης κινδύνου

Έχουν υιοθετηθεί διάφορες πολιτικές για την παροχή συμβουλών στους γονείς που μοιράζονται το κρεβάτι τους με τα βρέφη κατά την τελευταία δεκαετία. Κάποιες χώρες συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, του Καναδά και της Γερμανίας<sup>73</sup> επέλεξαν να παρέχουν συμβουλές ενάντια στο μοίρασμα του κρεβατιού. Το συμπέρασμα μιας ανασκόπησης του 2014 από όλες τις διεθνείς μελέτες περιπτώσεων-μαρτύρων για 20 χρόνια από ανεξάρτητο φορέα του Ηνωμένου Βασιλείου, το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας, βρήκαν ότι η κοινή χρήση κρεβατιού από μόνη της δεν είναι αιτιολογική για το SIDS, και ότι οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τους συγκεκριμένους κινδύνους που συνδέονται με αυτή την πρακτική.<sup>115</sup> Σε αντίθεση με τις χώρες που συμβουλεύουν να μην μοιράζονται οι γονείς με το βρέφος το ίδιο κρεβάτι, χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Αυστραλία<sup>116</sup> αναγνωρίζουν ότι το μοίρασμα του κρεβατιού συμβαίνει τόσο ηθελήμενα όσο και ακούσια και συχνά συνδέεται με τον θηλασμό. Έτσι, συμβουλεύουν τους επαγγελματίες υγείας να συζητήσουν ανοιχτά τις συγκεκριμένες περιστάσεις, τότε δηλαδή θα ήταν επικίνδυνο να μοιραστεί το κρεβάτι ο γονιός με το βρέφος.

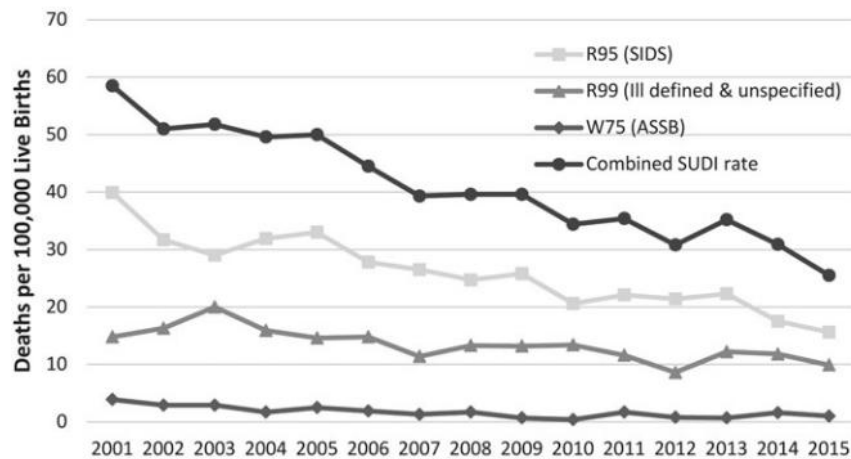
Αν και η προσέγγιση του Ηνωμένου Βασιλείου και της Αυστραλίας στερείται την απλότητα της κυρίαρχης προσέγγισης των ΗΠΑ, είναι πιο στενά ευθυγραμμισμένη με τα ενδεικτικά στοιχεία, τα οποία αναγνωρίζουν ότι το μοίρασμα του κρεβατιού είναι ευρέως διαδεδομένο και μπορεί να εκτιμάται πολιτιστικά. Αυτή η στρατηγική επιτρέπει τη συζήτηση του θέματος χωρίς κριτική και για να τονιστούν κάποιες συγκεκριμένες επικίνδυνες καταστάσεις.<sup>48,117,118</sup> Η πολιτική των Η.Π.Α., ενώ καλεί για μη επικριτικές συνομιλίες με τις οικογένειες σχετικά με τις πρακτικές ύπνου, περιλαμβάνει τη σύσταση για την κοινή χρήση δωματίου χωρίς κοινή χρήση κρεβατιού. Αυτό είναι ένα σαφές άμεσο μήνυμα προς το κοινό που μπορεί να φαίνεται εύκολο να διαβιβαστεί στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Ένα μειονέκτημα αυτής της άμεσης προσέγγισης, όπως αποδεικνύεται από τη ρητορική κατά του μοιράσματος του κρεβατιού σε ορισμένες εκστρατείες, είναι ο στιγματισμός που μπορεί να απαγορεύσει την ειλικρινή συζήτηση μεταξύ γονέων και επαγγελματιών υγείας και την προσβολή των πενθούντων γονέων που έχασαν ένα βρέφος ενώ μοιράζονταν το κρεβάτι μαζί του. Παρά τις εκστρατείες για τη μείωση της κοινής χρήσης κρεβατιού, αναφέρθηκε ότι η κοινή χρήση του κρεβατιού έχει αυξηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μεταξύ των έγχρωμων και των ισπανόφωνων κοινοτήτων.<sup>87,91</sup> Σε μια κλινική δοκιμή κατά την οποία αποστέλλοταν αυξημένος αριθμός μηνυμάτων σε οικογένειες υψηλού κινδύνου για την αποφυγή του μοιράσματος του κρεβατιού,<sup>119</sup> το μοίρασμα κρεβατιού δεν ήταν διαφορετικό από την ομάδα ελέγχου και στα δύο σκέλη της μελέτης και η κοινή χρήση κρεβατιού αυξήθηκε τους πρώτους 6 μήνες. Ο θηλασμός δεν μειώθηκε,



Εικόνα5: τάσεις στις ΗΠΑ για το SIDS και το SUID (1990-2015). Πηγή Κέντρα για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Νοσημάτων, Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας (CDC/NCHS), Εθνικό Σύστημα Ζωτικής Σημασίας Στατιστικών, Συμπιεσμένο αρχείο Θνητότητας SUID, sudden unexpected infant death, αιφνίδιος απροσδόκητος βρεφικός θάνατος.

πιθανώς επειδή δεν επηρεάστηκε η κοινή χρήση κρεβατιού.<sup>22</sup> Λαμβάνοντας υπόψη τις αλλαγές που προαναφέρθηκαν στα διαγνωστικά κριτήρια, το σύνθετο μέτρο για το SIDS (R95 + R99 + W75) στις Ηνωμένες Πολιτείες με την πολιτική για το αυστηρό «όχι στο μοίρασμα του κρεβατιού» φαίνεται να παραμένει σχεδόν αμετάβλητο (Εικ. 5). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι γονείς εκπαιδεύονται για την ασφαλή κοινή χρήση του κρεβατιού, το σύνθετο μέτρο του SIDS έχει μειωθεί τα προηγούμενα 10 χρόνια (Εικ. 6). Σημειώνεται, ωστόσο, ότι πολλοί διαφορετικοί παράγοντες εκτός από το μοίρασμα κρεβατιού μπορεί να τροφοδοτήσουν αυτές τις πρόσφατες τάσεις.

Οι στρατηγικές ελαχιστοποίησης του κινδύνου περιλαμβάνουν την αναγνώριση του ρόλου του θηλασμού στην πρόληψη του SIDS, τον πιθανό κίνδυνο στη κοινή χρήση κρεβατιού στο πλαίσιο επικίνδυνων περιστάσεων και λαμβάνουν υπόψη τη σημασία του συντρόφου και άλλων υποστηρικτικών



ατόμων που εμπλέκονται στις δραστηριότητες ύπνου του βρέφους (βλ. Πίνακα 3).

**ΕΙΚ. 6.** Οι τάσεις στην Αγγλία και στην Ουαλία για το SIDS και το SUID (2000–2015). Πηγή: Γραφείο Εθνικής Στατιστικής, Αγγλία και Ουαλία. SUDI, ξαφνικός απροσδόκητος θάνατος στη βρεφική ηλικία

### Η αποτελεσματικότητα των ασφαλών παρεμβάσεων στον ύπνο

Μια ανασκόπηση των ασφαλών παρεμβάσεων στον ύπνο δείχνει ότι οι περισσότερες (κυρίως στις ΗΠΑ) ατομικές παρεμβάσεις είναι ανεπιτυχείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν την έκθεση στον καπνό και το πού θα κοιμηθεί το βρέφος.<sup>120</sup> Μια μελέτη παρατήρησης στις Η.Π.Α. έδειξε ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά ήταν πολύ λιγότερο πιθανό να τηρήσουν τις συμβουλές σχετικά με το να μην μοιράζονται το κρεβάτι από τις άλλες γυναίκες (65% έναντι 30,5%).<sup>103</sup> Υπήρχε κάποια επιτυχία όταν οι γονείς λάμβαναν μήνυμα στο κινητό τηλέφωνο, στα κοινωνικά δίκτυα ή σε άλλα μέσα καθώς και e-mail με βίντεο,<sup>34,53,54,121</sup> αλλά αυτό απαιτεί χρήση κινητού τηλεφώνου και πρόσβαση στο διαδίκτυο. Μια απλοϊκή προσέγγιση «ABC- Alone, Back, Crib» (δηλαδή: «Μόνο του (το βρέφος), Ανάσκελα, Στην κούνια») απορρίφθηκε από τις οικογένειες και τους φροντιστές και δεν έδειξε ότι μειώνει τους θανάτους που σχετίζονται με τον ύπνο οδηγώντας έτσι στην υιοθέτηση μιας συνδιαλλακτικής προσέγγισης,<sup>35</sup> που περιλαμβάνει διερεύνηση των αναγκών και των αντιλήψεων των ασθενών και τη λήψη αποφάσεων μετά από πληροφόρηση.<sup>118</sup> Ετήσιες έρευνες στις ΗΠΑ μεταξύ του 1993 και του 2010 αποκάλυψαν ότι τα ποσοστά κοινής χρήσης κρεβατιού μεταξύ των έγχρωμων και των ισπανόφωνων οικογενειών αυξάνονται συνεχώς, παρόλο που οι μισοί από αυτούς που φροντίζουν τα βρέφη στις ΗΠΑ συζητούν για το μοίρασμα του κρεβατιού με έναν γιατρό.

Στη Νέα Ζηλανδία, της οποίας ο πληθυσμός των Μαορί μέχρι πρόσφατα είχε το υψηλότερο ποσοστό SIDS στον κόσμο, που οφειλόταν στα υψηλά ποσοστά καπνίσματος σε συνδυασμό με το μοί-

ρασμα του κρεβατιού,<sup>58</sup> έχουν μειωθεί τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μετά από μια νέα παρέμβαση.<sup>122</sup> Αυτή στοχεύει στις οικογένειες υψηλού κινδύνου με παροχή του *wahakura* (Εικ. 3γ), μιας λινής υφαντής καλαθούνας σαν λεκάνη που βασίζεται στις παραδόσεις των Μαορί και αναπτύχθηκε για το σκοπό αυτό, που χρησιμοποιείται πάνω στο κρεβάτι, για να δημιουργήσει ένα ξεχωριστό χώρο ύπνου, και το *Peri-Pod™* (Εικ. 3δ), ένα κουτί από πολυπροπυλένιο (πλαστικό για τρόφιμα) παρόμοιας αναλογίας.<sup>123</sup> Οι γονείς επίσης λαμβάνουν ατομικές συμβουλές που προάγουν τον «Ασφαλή ύπνο». Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το *wahakura* ενισχύει την ανάκτηση μιας παραδοσιακής πρακτικής της βρεφικής φροντίδας των Μαορί η οποία υποστηρίζει άκρως την πολύτιμη εγγύτητα μητέρας και βρέφους.<sup>124</sup> Τα υψηλά ποσοστά SIDS στους Μαορί μειώθηκαν δραματικά μεταξύ του 2009 και του 2012, ειδικά στις περιοχές που έγιναν οι παρεμβάσεις.<sup>122</sup> Είναι ενδιαφέρον ότι το *wahakura* δεν μείωσε τις μη ασφαλείς συμπεριφορές ύπνου σε σύγκριση με τη χρήση της καλαθούνας δίπλα από το κρεβάτι, αλλά συσχετίστηκε με τα σημαντικά αυξημένα ποσοστά θηλασμού στους 6 μήνες (*wahakura*: 22,5% έναντι καλαθούνας 10,7%,  $p = 0,04$ ).<sup>55</sup>

### Μελλοντικοί τομείς έρευνας

- Πώς μπορούν να βελτιωθούν οι τεχνικές διερεύνησης του θανάτου ώστε να διαπιστωθεί εάν ο θάνατος ενός βρέφους μπορεί πλήρως να αποδοθεί στην ασφυξία;
- Υπάρχει σημαντικός κίνδυνος από την κοινή χρήση κρεβατιού απουσία όλων των επικίνδυνων συνθηκών;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ του κινδύνου του μοιράσματος του κρεβατιού, της ηλικίας του βρέφους και του τρόπου σίτισής του; (προσαρμόζοντας για όλες τις επικίνδυνες περιστάσεις) (θηλασμός, σίτιση με γάλα από θήλαστρο, σίτιση με γάλα δότριας και σίτιση με υποκατάστατα ανθρώπινου γάλακτος);
- Ποια είναι η καλύτερη συμβουλή για ασφαλές περιβάλλον ύπνου για τα βρέφη που δεν θηλάζουν;
- Πώς επηρεάζεται η ασφάλεια του βρέφους όταν απουσιάζουν άλλοι επικίνδυνοι παράγοντες από την κοινή χρήση κρεβατιού με πολλά άτομα, συμπεριλαμβάνοντας το μοίρασμα του κρεβατιού των διδύμων; Η θέση του βρέφους στο κρεβάτι, για παράδειγμα, μεταξύ των δυο γονέων ή στην άκρη του κρεβατιού δίπλα στη μητέρα, έχει διαφορά για την ασφάλειά του;
- Είναι οι συσκευές μέσα στο κρεβάτι και τα πλαϊνά κρεβατάκια ασφαλείς και αποτελεσματικές, ειδικά για βρέφη σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου και εάν είναι ασφαλείς, ποιες είναι οι επιπτώσεις τους στον θηλασμό;
- Μπορεί η θέση C («θέση αγκαλιάς») να υιοθετηθεί από γονείς που δεν θηλάζουν και είναι αποτελεσματική στη μείωση του SIDS;
- Είναι οι υποστηρικτικές πληροφορίες στους γονείς για «τον ύπνο στο στήθος», όπως ορίζεται στο παρόν πρωτόκολλο ως ξεχωριστή κατηγορία μοιράσματος του κρεβατιού, προστατευτικές ή επικίνδυνες έτσι ώστε να μπορεί να δοθεί σε αυτούς τους γονείς καλύτερη εξειδικευμένη καθοδήγηση;
- Υπάρχουν τεκμήρια αυτοψίας για την επίδραση της διατροφής με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος που μπορούν να αποδείξουν την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ διατροφής με υποκατάστατα ανθρώπινου γάλακτος και το SIDS;
- Ο κίνδυνος θανάτου από SIDS λόγω πρώιμου απογαλακτισμού, δυνητικά σχετιζόμενος με την έλλειψη ασφαλούς κοινής χρήσης κρεβατιού, υπερβαίνει τον κίνδυνο θανάτου από SIDS από το μοίρασμα του κρεβατιού σε μη επικίνδυνες συνθήκες; Υπάρχουν πολλοί συγχυτικοί παράγοντες και αυτό θα είναι δύσκολο να μελετηθεί.
- Σε ποιο βαθμό η παχυσαρκία της μητέρας τροποποιεί τους κινδύνους και τα οφέλη του μοιράσματος του κρεβατιού;<sup>125,126</sup>

Δήλωση ύπαρξης συμφερόντων

Ο JJM υπηρετεί ως σύμβουλος ασφαλείας για τον Arms Reach cosleeper για το οποίο πληρώνεται ένα συμβολικό ποσό αλλά δεν του δίνονται δικαιώματα. Δεν υπάρχουν άλλα ανταγωνιστικά οικονομικά συμφέροντα. Ο PSB υπηρετεί ως πρόεδρος της Διεθνούς Εταιρείας για τη Μελέτη και την Πρόληψη Περιγεννητικού και Βρεφικού Θανάτου (ISPID) και είναι επιστημονικός σύμβουλος της UNICEF UK, καμία από τις οποίες δεν είναι χρηματοδοτούμενες θέσεις. Η HLB είναι επιστημονικός σύμβουλος του Lullaby Trust και πρόεδρος στο διοικητικό συμβούλιο της Επιστημονικής Επιτροπής Lullaby Trust, μέλος του ISPID και μέλος της συντακτικής κριτικής επιτροπής για το Journal of Human Lactation, οι οποίες είναι όλες μη χρηματοδοτούμενες θέσεις. Στο πλαίσιο του ακαδημαϊκού της ρόλου, είναι συνιδρύτρια και συν-διευθύντρια του Basis, της Baby Sleep Information Source ([www.BasisOnline.org.uk](http://www.BasisOnline.org.uk)). Ο JJM υπηρετεί ως ψυχολογικός σύμβουλος στο περιοδικό Fit Pregnancy, ως μη-πληρωμένος ανταποκριτής για την ιστοσελίδα Kids in the House, [KidsintheHouse.com](http://KidsintheHouse.com), και είναι μέλος του διοικητικού συμβουλίου του Speaking of Kids. Η LFW εργάζεται ως σύμβουλος και επικεφαλής γιατρός για τις Κοινότητες και τα Νοσοκομεία που εξελίσσουν τις Μαιευτικές Πρακτικές (CHAMPS), στο Ιατρικό Κέντρο της Βοστώνης, (Βοστώνη, Μασαχουσέτη) και ως σύμβουλος του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ποιότητα της Υγείας των Παιδιών (NICHD)-στην Εθνική Σύμπραξη Δράσης για την Προώθηση και τη Βελτίωση του Ασφαλούς Ύπνου και στο Δίκτυο Καινοτομίας (NAPPSS-IIN). Είναι πρόεδρος του τμήματος για τον Θηλασμό της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής (AAP) και επίσης υπηρετεί στην ομάδα εργασίας της AAP για το SIDS. Η KAM υπηρετεί στην κλινική συμβουλευτική επιτροπή των ΗΠΑ για την Πρωτοβουλία για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία και είναι αναπληρώτρια συντάκτρια του Journal of Human Lactation; Η MCB έχει λάβει χρηματοδότηση από το W.K. το Ίδρυμα Kellogg, για την έρευνά της στον θηλασμό και τα οικονομικά και είναι συνεπικεφαλής της συνεργασίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη της Μασαχουσέτης. Η LFW και η MCB υπηρετούν στο διοικητικό συμβούλιο της Breastfeeding Academy.

#### **Πληροφορίες Χρηματοδότησης**

Το έργο αυτό δεν χρηματοδοτήθηκε.

#### **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

1. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomized trial of infant sleep location on the post-natal ward. Arch Dis Child 2006;91:1005-1010.
2. Huang Y, Hauck FR, Signore C, et al. Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. JAMA Pediatr 2013; 167:1038-1044.
3. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bedsharing and breastfeeding: Longitudinal, population-based analysis. Pediatrics 2010; 126:e1119-1126.
4. Ball HL, Howel D, and 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.
5. Ball HL. Night-time infant care: Cultural practice, evolution, and infant development. In: Childrearing and Infant Care Issues: A Cross-Cultural Perspective, Liamputtong P, ed. Melbourne, Australia: Nova Science, 2006.
6. McKenna J, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics 1997; 100:214-219.
7. Moon RY, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2016; 138:e20162940.
8. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. Birth 2003; 30:181-188.
9. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, et al. Bed sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five
10. 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:e20162938. major case-control studies. BMJ Open 2013; 3:e002299.

11. 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.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475–490.
13. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, et al. *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. UK: Oxford, 2011.
14. Bovbjerg ML, Hill JA, Uphoff AE, et al. Women who bedshare more frequently at 14 weeks postpartum subsequently report longer durations of breastfeeding. *J Midwifery Womens Health* 2018; 63:418-424.
15. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, et al. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016; 138:e20161889.
16. Lullaby Trust, Baby Sleep Info Source (Basis), Public Health England, UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Safer sleep for babies: A guide for parents. London, 2019. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/Caring-for-your-baby-at-night-web.pdf>
17. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep mother and baby together: It's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinatal Edu* 2014; 23:211-217.
18. Drever-Smith C, Bogossian F, New K. Co-sleeping and bed sharing in postnatal maternity units: A review of the literature and critique of clinical practice guidelines. *Int J Childbirth* 2013; 3:13-27.
19. Fetherston CM, Leach JS. Analysis of the ethical issues in the breastfeeding and bedsharing debate. *Breastfeeding Rev* 2012; 20:7-17.
20. Bajanowski T, Vege A, Byard RW, et al. Sudden infant death syndrome (SIDS)-standardised investigations and classification: Recommendations. *Forensic Sci Int* 2007; 165:129-143.
21. Baddock SA, Purnell MT, Blair PS, et al. The influence bed-sharing on infant physiology, breastfeeding and of behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2019; 43:106-117.
22. Moon RY, Mathews A, Joyner BL, et al. Impact of a randomized controlled trial to reduce bedsharing on breastfeeding rates and duration for African-American infants. *J Community Health* 2017; 42:707–715.
23. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-72.
24. Jack E, Maskrey N, Byng R. SHERPA: A new model for clinical decision making in patients with multimorbidity. *Lancet* 2018; 392:1397-1399.
25. Ball HL. Reasons to bed-share: Why parents sleep with their infants. *J Reprod Infant Physiol* 2002; 20:207-221.
26. Ostfeld BM, Schwartz-Soicher O, Reichman NE, et al. Prematurity and sudden unexpected infant deaths in the United States. *Pediatrics* 2017; 140:e20163334.
27. Malloy MH, Hoffman HJ. Prematurity, sudden infant death syndrome, and age of death. *Pediatrics* 1995; 96(3 Pt. 1):464–471.
28. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med (Tokyo)* 2013; 15:115-121.
29. Lavezzi AM, Mecchia D, Maturri L. Neuropathology of the area postrema in sudden intrauterine and infant death syndromes related to tobacco smoke exposure. *Auton Neurosci* 2012; 166:29-34.
30. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2009; 361:795–805.
31. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ* 1993; 307:1312-1318.
32. Mitchell EA, Thompson JM, Zuccollo J, et al. The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: The New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study. *N Z Med J* 2017; 130:52-64.
33. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr* 2019; 15:e12652.
34. Moon RY, Corwin MJ, Kerr S, et al. Mediators of improved adherence to infant safe sleep using a mobile health intervention. *Pediatrics* 2019; 143:e20182799.

35. Bronheim S. Building on Campaigns with Conversations: An Individualized Approach to Helping Families Embrace Safe Sleep and Breastfeeding. Washington, DC: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2017.
36. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Cosleeping and SIDS: A Guide for Health Professionals. London: UNICEF UK, 2019.
37. Filippidis FT, Lavery AA, Hone T, et al. Association of cigarette price differentials with infant mortality in 23 European Union countries. *JAMA Pediatr* 2017;171: 1100-1106.
38. Lind JN, Perrine CG, Li R, et al. Racial disparities in access to maternity care practices that support breastfeeding United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:725-728.
39. McKinney CO, Hahn-Holbrook J, Chase-Lansdale PL, et al. Racial and ethnic differences in breastfeeding. *Pediatrics* 2016;138:e20152388.
40. Harris R, Cormack D, Tobias M, et al. The pervasive effects of racism: Experiences of racial discrimination in New Zealand over time and associations with multiple health domains. *Soc Sci Med* 2012; 74:408-415.
41. Kemp JS, Nelson VE, Thach BT. Physical properties of bedding that may increase risk of sudden infant death syndrome in prone-sleeping infants. *Pediatr Res* 1994; 36(1 Pt. 1):7-11.
42. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017; 140:e20171324.
43. Li DK, Petitti DB, Willinger M, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000. *Am J Epidemiol* 2003; 157:446-455.
44. Tuladhar R, Harding R, Cranage SM, et al. Effects of sleep position, sleep state and age on heart rate responses following provoked arousal in term infants. *Early Hum Dev* 2003; 71:157-169.
45. Torres LH, Balestrin NT, Spelta LEW, et al. Exposure to tobacco smoke during the early postnatal period modifies receptors and enzymes of the endocannabinoid system in the brainstem and striatum in mice. *Toxicol Lett* 2019; 302: 35-41.
46. Erck Lambert AB, Parks SE, Cottengim C, et al. Sleep related infant suffocation deaths attributable to soft Bedding, overlay, and wedging. *Pediatrics* 2019;143: e20183408.
47. Lagon E, Moon RY, Colvin JD. Characteristics of infant deaths during sleep while under non-parental supervision. *J Pediatr* 2018; 197:57.e36-62.e36.
48. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Caring for Your Baby at Night. London: UNICEF UK, 2016.
49. Weissinger D, West D, Smith LJ, et al. Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for the Breastfeeding Family. New York: Ballantine Books, 2014.
50. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003; 111(5 Pt. 2):1207-1214.
51. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case control study. *J Pediatr* 2005; 147:32-37.
52. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128:103-110.
53. Kellams A, Parker MG, Geller NL, et al. Today's Baby Quality Improvement: Safe Sleep Teaching and Role Modeling in 8 US Maternity Units. *Pediatrics* 2017; 140: e20171816.
54. Moon RY, Hauck FR, Kellams AL, et al. Comparison of text messages versus e-mail when communicating and querying with mothers about safe infant sleep. *Acad Pediatr* 2017; 17:871-878.
55. Baddock SA, Tipene-Leach D, Williams SM, et al. Wakura versus bassinet for safe infant sleep: A randomized trial. *Pediatrics* 2017; 139:e20160162.
56. World Health Organization. ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, 5th edition. Geneva, Switzerland: WHO, 2018.
57. Goldstein RD, Blair PS, Sens MA, et al. Inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and children hinders surveillance, prevention and research: Recommendations from the 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death. *Forensic Sci Med Pathol* 2019; 4:622-628.
58. Taylor BJ, Garstang J, Engelberts A, et al. International comparison of sudden unexpected death in infancy rates using a newly proposed set of cause-of-death codes. *Arch Dis Child* 2015; 100:1018-1023.

59. Shapiro-Mendoza CK, Parks SE, Brustrom J, et al. Variations in cause-of-death determination for sudden unexpected infant deaths. *Pediatrics* 2017; 140:e20170087.
60. Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, et al. An integrated analysis of maternal-infant sleep, breastfeeding, and sudden infant death syndrome: Research supporting a balanced discourse. *J Hum Lact* 2019; 35:510-520.
61. Hernell O. Human milk vs. cow's milk and the evolution of infant formulas. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2011; 67:17-28.
62. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, et al. Do early infant feeding patterns relate to breast-feeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58:1290-1296.
63. Ball HL. Evolution-informed maternal-infant health. *Nat Ecol Evol* 2017; 1:73.
64. McKenna JJ, Gettler LT. There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatr* 2015; 105:17-21.
65. Ball HL. Evolutionary paediatrics: A case study in applying Darwinian medicine. In: *Medicine and Evolution: Current Applications, Future Prospects*, Vol. 48, Elton S, O'Higgins P, eds. Boca Raton, FL: Taylor & Francis, 2008, pp. 127-152.
66. McKenna JJ, Ball HL, Gettler JT. Mother-infant co sleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: What biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol* 2007(Suppl. 45):133-161
67. Trevathan WR, Rosenberg KR. Human evolution and the helpless infant. In: *Costly and Cute: Helpless Infants and Human Evolution*, Trevathan WR, ed. Albuquerque: University of New Mexico Press, 2015, pp. 1-28.
68. Stearns PN, Rowland P, Giarnella L. Children's sleep: Sketching historical change. *J Soc Hist* 1996; 30:345-366.
69. Centers for Disease Control and Prevention. *Infant Feeding Practices Study II, Chapter 3, Infant Feeding*. Atlanta, GA: CDC, 2008.
70. Kahn A, Groswasser J, Franco P, et al. Factors influencing the determination of arousal thresholds in infants-A review. *Sleep Med* 2000; 1:273-278.
71. Canadian Paediatric Society, Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, Canadian Institute of Child Health, Health Canada, Public Health Agency of Canada. *Joint Statement on Safe Sleep: Preventing Sudden Infant Deaths in Canada*. Ottawa, Canada: Canadian Paediatric Society, 2018.
72. European Foundation for the Care of Newborn Infants. *Safe Sleep*. Munich, Germany: EFCNI, 2018.
73. Kindergesundheit-info.de [Childhealth-info]. Ein schmerzliches Thema: Der Plötzliche Kindstod. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. [A Painful Topic: Sudden Infant Death Syndrome. Federal for Health Education]. Published 2019. Available at <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/ ploetzlicher-kindstod-sids/sids> (accessed September 13, 2019).
74. Tomori C. Breastsleeping in four cultures: Comparative analysis of a biocultural body technique. In: *Breastfeeding: New Anthropological Approaches*, Tomori C, Palmquist AE, Quinn E, eds. Abington, NY: Routledge, 2017, pp. 55-68.
75. Ball HL, Russell CK. Nighttime nurturing: An evolutionary perspective on breastfeeding and sleep. In: *Evolution, Early Experience and Human Development: From Research to Practice and Policy*, Narvaez D, Panksepp J, Schore A, Gleason T, eds. Oxford: Oxford University Press, 2012, pp. 241-261.
76. Ball HL, Klingaman K. Breastfeeding and mother-infant sleep proximity: Implications for infant care. In: *Evolutionary Medicine and Health: New Perspectives*, Trevathan WR, McKenna JJ, Eds. New York: Oxford University Press, 2008, pp. 226-241.
77. Mobbs EJ, Mobbs GA, Mobbs AE. Imprinting, latchment and displacement: A mini review of early instinctual behaviour in newborn infants influencing breastfeeding success. *Acta Paediatr* 2016; 105:24-30.
78. Ball HL. Parent-infant bed-sharing behavior: Effects of feeding type and presence of father. *Hum Nat* 2006; 17: 301-318.
79. Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997; 20: 142-150.



80. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997; 100:841-849.
81. Volpe LE, Ball HL, McKenna JJ. Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Soc Sci Med* 2013; 79:92-100.
82. Lester BM, Conradt E, LaGasse LL, et al. Epigenetic programming by maternal behavior in the human infant. *Pediatrics* 2018; 142:e20180194.
83. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004; 89:1106-1110.
84. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25:141-149.
85. Gibson E, Dembofsky CA, Rubin S, et al. Infant sleep position practices 2 years into the "back to sleep" campaign. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39:285-289.
86. Rigda RS, McMillen IC, Buckley P. Bed sharing patterns in a cohort of Australian infants during the first six months after birth. *J Paediatr Child Health* 2000; 36:117-121.
87. Bombard JM, Kortsmitt K, Warner L, et al. Vital Signs: Trends and disparities in infant safe sleep practices United States, 2009-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67:39-46.
88. Hauck FR, Tanabe KO. International trends in sudden infant death syndrome: Stabilization of rates requires further action. *Pediatrics* 2008; 122:660-666.
89. Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37:274-281.
90. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, et al. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr* 2009; 155:505-509.
91. Colson ER, Willinger M, Rybin D, et al. Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993-2010: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA Pediatr* 2013; 167:1032-1037.
92. Salm Ward TC. Reasons for mother-infant bed-sharing: A systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Matern Child Health J* 2015; 19:675-690.
93. Crane D, Ball HL. A qualitative study in parental perceptions and understanding of SIDS-reduction guidance in a UK bi-cultural urban community. *BMC Pediatr* 2016; 16:23.
94. Culver ED. Exploring bed-sharing mothers' motives and decision-making for getting through the night intact: A grounded theory. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54: 423.
95. Rudzik AEF, Ball HL. Exploring maternal perceptions of infant sleep and feeding method among mothers in the United Kingdom: A qualitative focus group study. *Matern Child Health J* 2016; 20:33-40.
96. Volpe LE, Ball HL. Infant sleep-related deaths: Why do parents take risks? *Arch Dis Child* 2015; 100:603-604.
97. Joyner BL, Oden RP, Ajao TI, et al. Where should my baby sleep: A qualitative study of African American infant sleep location decisions. *J Natl Med Assoc* 2010; 102:881-889.
98. Chianese J, Ploof D, Trovato C, et al. Inner-city caregivers' perspectives on bed sharing with their infants. *Acad Pediatr* 2009; 9:26-32.
99. McKenna JJ, Volpe LE. Sleeping with baby: An internet based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a Western industrialized context. *Infant Child Dev* 2007; 16:359-385.
100. Tomori C. *Nighttime Breastfeeding: An American Cultural Dilemma*. New York: Berghahn Books, 2014.
101. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33:580-588.
102. Tully KP, Ball HL. Trade-offs underlying maternal breastfeeding decisions: A conceptual model. *Matern Child Nutr* 2013; 9:90-98.
103. Smith LA, Geller NL, Kellams AL, et al. Infant sleep location and breastfeeding practices in the United States, 2011-2014. *Acad Pediatr* 2016; 16:540-549.
104. Bartick M, Tomori C, Ball HL. Babies in boxes and the missing links on safe sleep: Human evolution and Cultural Revolution. *Matern Child Nutr* 2018; 14:e12544.
105. Bartick M, Smith LJ. Speaking out on safe sleep: Evidence-based infant sleep recommendations. *Breastfeed Med* 2014; 9:417-422.
106. Kendall-Tackett K, Cong Z, et al. Mother-infant sleep locations and nighttime feeding behavior: U.S. data from the survey of mothers' sleep and fatigue. *Clin Lact* 2010; 1(Fall).

107. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: A 20 year population-based study in the UK. *Lancet* 2006; 367: 314-319.
108. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005; 116:1245-1255.
109. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: Can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012; 160:44.e42-48.e42.
110. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
111. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev* 2005; 6:134-152.
112. Kohlendorfer U, Haberlandt E, Kiechl S, et al. Pre- and postnatal medical care and risk of sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr* 1997; 86:600-603.
113. Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *NZ Med J* 1991; 104:71-76.
114. Shepherd CCJ, Li J, Cooper MN, Hopkins KD, et al. The impact of racial discrimination on the health of Australian Indigenous children aged 5-10 years: Analysis of national longitudinal data. *Int J Equity Health* 2017; 16:116.
115. NICE (National Institute for Health Care Excellence). Appendix A CG37: Summary of New Evidence from Surveillance, Post-natal Care Up to 8 Weeks after Birth. London: NICE, 2015.
116. Red Nose National Scientific Advisory Group. Information statement: Sharing a sleep surface with a baby. Published 2018. Available at <https://rednose.org.au/article/sharing-a-sleep-surface-with-a-baby> (accessed September 13, 2019).
117. Ball HL. The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing. *J Hum Lact* 2017; 33:765-769.
118. Young J, Shipstone R. Shared sleeping surfaces and dangerous sleeping environments. In: SUDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future, Duncan JR, Byard JR, eds. Adelaide, Australia: University of Adelaide Press, 2018.
119. Moon RY, Mathews A, Joyner BL, et al. Health messaging and African-American infant sleep location: A randomized controlled trial. *J Community Health* 2017; 42:1-9.
120. Salm Ward TC, Balfour GM. Infant safe sleep interventions, 1990-2015: A review. *J Community Health* 2016; 41:180-196.
121. Moon RY, Mathews A, Oden R, et al. A qualitative analysis of how mothers' social networks are established and used to make infant care decisions. *Clin Pediatr (Phila)* 2019; 58:985-992.
122. Mitchell EA, Cowan S, Tipene-Leach D. The recent fall in postperinatal mortality in New Zealand and the Safe Sleep programme. *Acta Paediatr* 2016; 105:1312-1320.
123. Abel S, Tipene-Leach D. SUDI prevention: A review of Maori safe sleep innovations for infants. *N Z Med J* 2013; 126:86-94.
124. Abel S, Stockdale-Frost A, Rolls R, et al. The wahakura: A qualitative study of the flax bassinet as a sleep location for New Zealand Maori infants. *N Z Med J* 2015; 128: 12-19.
125. Mitchell EA, Thompson JMD. Who cosleeps? Does high maternal body weight and duvet use increase the risk of sudden infant death syndrome when bedsharing? *Paediatr Child Health* 2006; 11:14A-15A.
126. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA, Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001; 107:530-536.

Τα πρωτόκολλα της ABM λήγουν σε 5 χρόνια από την ημερομηνία δημοσίευσής τους. Το περιεχόμενο αυτού του πρωτοκόλλου είναι επικαιροποιημένο έως τη στιγμή της δημοσίευσής του. Οι αναθεωρήσεις που βασίζονται σε στοιχεία γίνονται εντός 5 χρόνων ή νωρίτερα εάν υπάρξουν σημαντικές αλλαγές.

#### **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΤΗΣ ABM**

Peter S. Blair, PhD

Helen L. Ball, PhD

James J. McKenna, PhD

Lori Feldman-Winter, MD, MPH

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM

Melissa C. Bartick, MD, FABM

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee Members 2020:

Michal Young, MD, FABM, Chairperson

Larry Noble MD, FABM, Translations Chairperson

Sarah Calhoun, MD

Megan Elliott-Rudder, MD

Laura Rachael Kair, MD, FABM

Susan Lappin, MD

Ilse Larson, MD

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Yvonne Lefort, MD, FABM

Nicole Marshall, MD, MCR

Katrina Mitchell, MD, FABM

Catherine Murak, MD

Eliza Myers, MD

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd

Susan Rothenberg, MD, FABM

Tricia Schmidt, MD

Tomoko Seo, MD, FABM

Natasha Sriraman, MD

Elizabeth K. Stehel, MD

Adora Wonodi, MD

Nancy Wight, MD

For correspondence: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

Translation: Maria Lazaridou Psychologist, IBCLC

Editing: Dimitra Michailidou Midwife, MSc, MSc (c) and the team of Galaxias