

## **Yatak Paylaşımı ve Emzirme: Emzirme Tıbbı Akademisi Protokol # 6, Revizyon 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> and the Academy of Breastfeeding Medicine

<sup>1</sup>Centre for Academic Child Health, University of Bristol, Bristol, United Kingdom.

<sup>2</sup>Infancy and Sleep Centre, Department of Anthropology, Durham University, Durham, United Kingdom.

<sup>3</sup>Department of Anthropology, Santa Clara University, Santa Clara, California.

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

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

<sup>6</sup>Department of Pediatrics, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

<sup>7</sup>Connecticut Children's Medical Center, Division of Neonatology, Hartford, Connecticut.

<sup>8</sup>Department of Medicine, Cambridge Health Alliance and Harvard Medical School, Cambridge Massachusetts.

Çevirenler: Mine Başbüyük<sup>1</sup>, Övgü Büke<sup>1</sup>, Nalan Karabayır<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı

<sup>2</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Sosyal Pediatri BD

### **Özet**

*Emzirme Tıbbı Akademisi'nin temel amacı, emzirme başarısını etkileyebilecek yaygın tıbbi sorunları yönetmek için klinik protokollerin geliştirilmesidir. Bu protokoller yalnızca emziren annelerin ve bebeklerin bakımı için kılavuz niteliğindedir, özel bir tedavi sürecini tanımlamaz veya tıbbi standartlar olarak hizmet vermez. Tedavideki varyasyonlar, bireysel ihtiyaçlara uygun olarak düzenlenebilir.*

### **Amaç**

Yatak paylaşımı emzirmeye başlamayı, emzirmenin devamlılığını ve kişiye özel olmasını teşvik eder.<sup>1,2,7,8</sup> Bazı ülkelerdeki tıbbi ve halk sağlığı kuruluşları, uyku ilişkili bebek ölümü risk artışını gerekçe göstererek yatak paylaşımını önermemektedir.<sup>9,10</sup> Ancak epidemiyolojik çalışmalar sadece risk faktörleri olduğu durumda yatak paylaşımı tehlikeli olabileceğini göstermiştir (Tablo 1)<sup>11</sup>. Bu protokolda yatak paylaşımının yararları ve risklerine ilişkin mevcut kanıtları netleştirmek ve emzirme süresini artırarak bebek ve anne sağlığını destekleyen kanıta dayalı önerilerin sunulması hedeflenmiştir.<sup>12</sup> Öneriler emziren ve ev ortamında yaşayan anne-bebek çiftleri için geçerlidir. Bu protokol hastanelerde veya doğum evlerinde kullanım için tasarlanmamıştır.

## Özet ve Öneriler

### Özet

Oxford Kanıtı Dayalı Tıp Merkezi'nden<sup>13</sup> elde edilen kanıt düzeyleri (1-5) parantez içinde listelenmiştir ve kaynaklarda belirtilen alıntılara dayanmaktadır. Bu protokolün amaçları doğrultusunda tanımlanan "yatak paylaşımı", "ABÖS", "ayrı uyku" kavramları için destekleyici materyallere başvurulabilir. Benzer şekilde, "Breastsleeping, yatak paylaşımı sırasında emzirme" kavramı da tanımlanmıştır.

Genel olarak, yatak paylaşımı ve emzirme üzerine yapılan araştırmalar, gece birlikte uyumanın emzirmenin süresini ve anne bebek çiftine özel olmasını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (kanıt düzeyi 2-3).<sup>2,4,14</sup> Güvenli yatak paylaşımı ile ilgili bilgilendirmeler gebelik ve postnatal bakım rehberlerine dahil edilmelidir.<sup>15,19</sup> Mevcut kanıtlar, yatak paylaşımının, bilinen

risklerin yokluğunda (düzey 3) ani bebek ölümü sendromuna (ABÖS) neden olduğu sonucunu desteklememektedir.<sup>(bkz. Tablo 1)</sup>. Farklı yaşlarda, bilinen riskler mevcut değilse, yatak paylaşımı ile bebek ölümleri arasındaki ilişkiyi açıklamak için daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır. Bazı tehlikeler doğumdan sonra değiştirilemez (örn. prematürite). Aynı yatağı paylaşan anne bebekler arasında riskli durumlar (düzey 2-3)<sup>20</sup> olmadığında kaza ile boğularak ölüm son derece nadirdir. Ayrı uyuma (aynı odada olsa bile), emzirmenin erken sonlandırılması, gece emzirme aralıklarının uzun olması nedeniyle emzirmeden ödün verilmesi ve istemsiz yatak paylaşımına (düzey 1-3) neden olabilmektedir.<sup>5, 21,22</sup> Yatak paylaşımına ilişkin önerilerde annenin durumu (bilgi, inançlar ve tercihler ve bilinen faydaların yanı sıra riskleri de kabul etmesi) dikkate alınmalıdır (düzey 5).<sup>23,24</sup>

**TABLO 1. YATAK PAYLAŞIMINDA RİSK FAKTÖRLERİ VEYA TEHLİKE YARATAN DURUMLAR**

Bunlar, tek başına veya yatak paylaşımı ile birleştiğinde ABÖS (Ani Bebek Ölümü Sendromu) ve ölümle sonuçlanabilen uyku kazası riskini artıran faktörlerdir.<sup>11,26,41,42</sup>

- Kanepede bir yetişkin ile uyumak ("sofa-sharing")
- Alkol<sup>a</sup> veya uyuşturucu etkisinde olan bir yetişkinin yanında uyuyan bebek
- Sigara içen bir yetişkinin yanında uyuyan bebek
- Yüzüstü pozisyonda uyumak
- Emzirilme dışındaki yöntemlerle beslenmek
- Sandalyede bir yetişkin ile uyuma
- Yumuşak yatakta uyumak
- Prematüre veya düşük doğum ağırlıklı doğmak

<sup>a</sup> Risk artıran alkol tüketim miktarları metin içerisinde tartışılmaktadır.

ABÖS: ani bebek ölümü sendromu.

### Öneriler

Tüm ailelere güvenli uyku konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Tablo 2’de kanıt gücüne dayalı önem sırasına göre güvenli uyku önerileri özetlenmiştir.

**TABLO 2. ÖNEM SIRASINA GÖRE GÜVENLİ YATAK PAYLAŞIMI ÖNERİSİ**

1. Bebeklerle asla kanepede, koltukta, yastık dahil uygun olmayan yüzeylerde birlikte uyumayın (düzey 3).<sup>11</sup>
2. Bebeklerin alkol veya uyuşturucu etkisinde olan kişiden uzakta uyumalarını sağlayın (düzey 3).<sup>11</sup>
3. Bebekleri uyurken sırtüstü yatırın (düzey 3)<sup>11</sup> (düzey 4)<sup>43</sup> (düzey 5).<sup>44</sup>
4. Bebekleri pasif içicilikten ve rutin olarak sigara içen bir bakıcıdan (düzey 1)<sup>28</sup>, duman kokan giysi veya nesnelerin (üçüncü el içici) (düzey 5) uzağında uyutun (düzey 5).<sup>45</sup> (Annenin sigara içtiği durumlarda bu mümkün olmayacaktır).

5. Bebeğin başı veya vücudu, sıkışmasını önlemek için yatak duvarlardan ve mobilyalardan uzakta olmalıdır (düzey 1).<sup>46</sup>

6. Yatağın yüzeyi tıpkı beşikte olduğu gibi sert olmalıdır. Bebeğin kafası örtülmemeli ve yatak içinde boğulmasına neden olabilecek kalın örtüler (örn: yorgan, battaniye) ve yastık bulunmamalıdır (düzey 3).<sup>41</sup>

7. Bebek yetişkin yatağında yalnız bırakılmamalıdır (düzey 1).<sup>47</sup>

8. Bebeğin başı yetişkinin göğsünün karşısında, yetişkinin bacakları ve kolları bebeğin etrafında kıvrılmış, bebek sırt üstü, yastıktan uzakta olacak şekilde oluşturulacak C pozisyonu (kıvrılarak sarılma pozisyonu) en uygun güvenli uyku pozisyonudur (Şekil 1) (düzey 4).<sup>48,49</sup>

9. Tehlikeli durumların yokluğunda, birden fazla kişinin aynı yatağı paylaşması veya bebeğin yatakta her iki ebeveynle yatma pozisyonu konusunda önerilerde bulunmak için yeterli kanıt bulunmamaktadır.<sup>50,51</sup> Her coğrafi bölgenin, uyku ile ilgili kendine özgü kültürel koşulları dikkate alınmalıdır.



**Şekil:1** C pozisyonu veya "kıvrılarak sarılma pozisyonu". Yatak paylaşımı sırasında emziren anneler, bu pozisyonda bebeklerine güvenilir bir pozisyon yaratabilmek amacıyla karakteristik bir pozisyonda (Koruyucu C veya kıvrılarak sarılma pozisyonu) uyurlar. Annenin kolu bebeğin yukarı, yastıkların içine doğru hareket etmesine engel olacak şekilde bebeğin başının üzerinde iken, dizleri ise bebeğin yataktan aşağı doğru kaymasını önlemek amacıyla ayaklarının altına yerleştirir. Bebek, uyku için düz bir yatakta sırt üstü, kolay beslenmesi için ise annenin memesinin yanında yatırılır.

© Baby Sleep Bilgi Kaynağı, Creative Commons altında kullanım için lisanslanmıştır, 2016.

### Ek öneriler:

1. Yatak paylaşımı planlanmasa bile gerçekleşebileceğinden, sağlık çalışanları konuyu ailelere açık uçlu sorular sorarak, perinatal sürecin başlarında ve bebeklik dönemi boyunca ve mümkün olduğunca çok sayıda bakım veren dahil ederek gündeme getirmelidir (düzey 4).<sup>25</sup>

Sohbeti başlatmada başarılı olduğu tespit edilen açık uçlu sorular:

- "Bebğinizin nerede uyuyacağı ile ilgili planınız nedir?"
- "Bebğin uyuyacağı alan nasıl gözüküyor?"
- "Bebğiniz hiç sizinle aynı yatakta yatıyor mu?"

2. Yatak paylaşımı ile bebek ölümü riski yüksek aileleri tarayın: preterm doğan, (düzey 2)<sup>26</sup> (düzey 3),<sup>27</sup> antenatal dönemde tütüne maruz kalan, (düzey 1)<sup>28</sup> (düzey 4)<sup>29</sup> (düzey 5),<sup>30</sup> sigara içen ebeveynler ile yaşayan bebekler (düzey 1)<sup>28</sup> (düzey 3)<sup>11</sup> (düzey 4),<sup>31,32</sup> ve alkol

(düzey 3)<sup>11</sup> veya uyuşturucu kullanan kişilerle yaşayan bebekler.

3. Ebeveynlerin istemeden de olsa yatak paylaşımı yapabilecekleri varsayılarak yatak paylaşımından kaçınılması gereken (tehlikeli koşullar ya da durumlara sahip olanlar) ebeveynlere de güvenli yatak paylaşımı hakkında bilgi ve danışmanlık sağlanmalıdır (düzey 1).<sup>33</sup> Bkz. *Riski en aza indirmek için stratejiler Tablo 3.*

a. Bu görüşmeler, uyku alanlarının nasıl mümkün olan en güvenli hale getirileceğini içerir ve tehlikeli durumların ortadan kaldırılamasa bile nasıl en aza indirileceğini öğretebilir. (Bkz. Tablo 2).

b. Örneğin, sigara içen bir ebeveyn bebeği ile aynı yatağı paylaşıyorsa, emzirme, uyku pozisyonu, uyku yüzeyi, yatak takımı ve bebeğin tek başına nerede uyuduğu konuşularak düzenleme yapılabilir.

### TABLO 3. YATAK PAYLAŞIMININ YÜKSEK RİSK TAŞIDIĞI AİLELER İÇİN RİSKİ AZALTMA STRATEJİLERİ

- Emzirmenin teşviki ve desteğinin artırılması (düzey 1)<sup>12,42,52</sup> (düzey 3).<sup>52</sup>
- Sigara kullanımını bırakılması ve alkol ve/veya uyuşturucu tedavisi için yönlendirme (düzey 1)<sup>28</sup> (düzey 3).<sup>11</sup>
- Riskli yetişkinin yanında uyuma ve sigara kullanma dahil, riskli faktörlerin mevcut olduğu durumlarda yatak paylaşımı risklerine ilişkin farklı yöntemlerle tekrarlayan şekilde mesaj gönderilebilir. Video ve sosyal medya içeren SMS ve e-postalar yoluyla ebeveynlere yardımcı olunabilir (düzey 2).<sup>34,53,54</sup>
- Yatak yanında veya yatak içinde kullanılan sepetler (örn. Pepi-Pod®; wahakura) önerilebilir (düzey 2).<sup>1,55</sup>
- Yatak paylaşımının güvenli bir şekilde yapılamadığı durumlarda oda paylaşımını vurgulayın.
- Eşin ve diğer bakım veren kişilerinin uyku zamanı etkinliklerine katılmasının önemini belirtin.

Yatak paylaşımı yapan aileler ile yapılan sohbetlerde yargılayıcı olunmamalı ve koşullar dikkate alınmalıdır.

- Yatak paylaşımıyla ilgili etiketlenmenin sona erdirilmesi ve ebeveynlerin tümünün güvenli yatak paylaşımı konusunda eğitilmesi, bebek ölümlerini azaltmada etkili olacaktır. Yatak paylaşımı, insanın doğuştan gelen biyolojik ve davranışsal durumundan kaynaklanmıştır. Tekil, münferit veya tutarlı bir uygulama olmadığı ve kimi zaman risk taşıyabilen çeşitli uygulamalar içerdiğinden yatak paylaşımı güvenliğinin tartışılması önem taşımaktadır.
- Emziren ebeveynlerle yatak paylaşımı sırasında emzirme (breastsleeping) kavramını konuşmak, güvenli yatak paylaşımının konuşulmasını da sağlayabilir. Planlı davranış teorisini kullanarak güvenli emzirme konusunda sosyal normlar ve tutumlarla uyumlu bir danışmanlık etkili olabilir (düzey 2).<sup>34</sup>
- Öykü, önemli bir bilgi kaynağıdır.<sup>35,36</sup> Açık uçlu bir görüşmeyle başlamak, ailelerin deneyimlerini anlamada

yardımcı olur. Kanıta dayalı tıbbın, "bireysel hastaların çıkmazlarını, haklarını ve tercihlerini anlayışla ele almayı içerdiği"ni kabul etmek çok önemlidir (düzey 5).<sup>23</sup> Yargılayıcı olmayan tutum, hem bilgilendirme hem de etkili danışmanlık için güvene dayalı bir ilişkisi kurulmasına yardımcı olmaktadır (düzey 5).<sup>10</sup>

**Kamu politikası önerileri:** Yapısal toplumsal müdahaleler, uyku düzenlemelerine ilişkin önerilerden bağımsız, olması gereken müdahalelerdir. Birçok ebeveynin sağlık sistemine ulaşımı sınırlı olacağından<sup>33</sup>, yapısal değişikliklerin desteklenmesi kritik önem taşımaktadır.

**Politikacılar, bebek ölümlerini azaltabilecek aşağıdaki stratejileri ele almalıdır:**

1. Avrupa'da bebek ölümlerinde belirgin düşüş sağlayan tütün ürünlerinin fiyatlarının arttırılması (düzey 5).<sup>37</sup>
2. Sağlık sisteminde emzirme oranlarını azaltan ve olumsuz anne ve bebek ilişkisine yol açan ırksal önyargının sona erdirilmesi (düzey 2)<sup>38,39</sup> (düzey 3).<sup>40</sup>
3. Kanıta dayalı risk düzeyiyle orantılı olarak, uyku ilişkili bebek ölümü risk faktörlerine odaklanan araştırma finansmanı ve kaynaklarının sağlanmasının savunulması.

## Kanıtı Dayalı ve Destekleyici Materyal

### Tanımlar

ABÖS, olgunun incelemesi ve/veya otopsi ve ölüm yeri incelemesi yapıldıktan sonra bebeğin açıklanamayan ani ölümü olarak tanımlanır. ABÖS'ün Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında ICD-10 kapsamında özel kodu olarak R95 kullanılır. "Diğer kötü tanımlanmış ve belirtilmemiş ölüm nedenleri" için kullanılan R99 kodu ise ölüm nedeni bilinmediğinde veya ABÖS olarak sınıflandırılmak için yeterli kanıt olmadığında, ABÖS'den şüphelenildiği ancak tam bir soruşturma yapılmadığı durumlarda kullanılır. Ölüm bir yatak, beşik, kanep ve koltukta boğulma nedeniyle olduğunda, yatakta kazara boğulma veya sıkışma (Accidental Infant Suffocation and Strangulation in Bed, ASSB, W75) olarak kodlanır.

Bebeklikte ani beklenmeyen ölüm (SUDI) olarak da bilinen ani beklenmeyen bebek ölümü (SUID), hem açıklanamayan (R95 veya R99 olarak kodlanan) hem de değerlendirmeler sonunda nedeni tam olarak açıklanan tüm beklenmedik ölümler için kapsayıcı bir terimdir.

ABÖS'da dolaylı yoldan belirleme: Bu protokolün amacı doğrultusunda uluslararası karşılaştırmalar için, açıklanamayan SUDI (veya SUID) olguları için kullanılan R95 + R99 + W75 kodları ile tanımlanan ölüm vakalarının tamamını ABÖS'ü dolaylı yoldan saptamak amacıyla kullanıyoruz.<sup>57</sup> Bu durum, son on yılda

Taylor ve ark.<sup>58</sup> ve Shapiro-Mendoza ve ark.<sup>59</sup> tarafından işaret edilen tanı değişikliğinin farkında olmamızdan kaynaklanmaktadır. Çünkü bazı patoloğların ve adli tıp uzmanlarının ölüme neden olacak tüm tanılarını dışlanmasını gerektiren ABÖS tanısını (R95) kullanmaktan kaçınma eğilimindedir. Bu nedenle, yetersiz veya az kanıt olmasına rağmen üzerine yatma (kazara boğma) nedeni olarak R99 veya W75 kodlarının kullanımı tercih edilmektedir. W75 yönelik tanı değişikliği Birleşik Krallık'tan çok Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygındır.<sup>60</sup>

Yatak paylaşımı: bir bebeğin uyumak için bir yetişkinle, yetişkine ait yatağın paylaşmasını tanımlar ve bu protokolde bebeğin bakım veren kişi, çoğunlukla da annenin yanında uyuması olarak tanımlıyoruz. Yatak, dolguya bağlı olarak değişen sertlik düzeylerine sahip standart bir şilte veya bir çeşit katlanabilir yatak olan futondan oluşabilir.

Birlikte uyuma, hem ortak bir yüzeyde uyumayı hem de yakın mesafede uyumayı içerebilen bir terimdir, ancak ortak bir uyku yüzeyinde olması şart değildir. Daha anlaşılır olması için bu protokolde "birlikte uyuma" ifadesi kullanılmamıştır.

Ayrı uyuma - tek başına uyuma: "Ayrı uyuma", yatağı paylaşmadan odayı paylaşmak anlamına gelirken, "tek başına uyuma", ebeveyn den ayrı bir odada uyumak anlamına gelir.

### ***Bebek uyku yerlerinin tarihi, durumu ve antropolojisi:***

Diğer türlerin (örneğin inek) sütüne kıyasla çözünen madde oranı daha düşük olan anne sütü<sup>61</sup> çok hızlı bir şekilde sindirilir. Hızla büyüyen bebek 24 saat içinde en az 8-12 kez emer.<sup>62</sup> Emzirilen bebek annesiyle gece gündüz yakın temas halinde değilse sık emzirme zorlaşır.<sup>1,8</sup> Emzirme ile birlikte ebeveyn-bebek yatak paylaşımı, antropolojik araştırmalarda gösterildiği gibi insanın evrimsel normunu oluşturur.<sup>63-67</sup>

Sanayileşmiş ülkelerde 20. yüzyılın başlarına kadar bebeklerin çoğu yatağını paylaşıyor ve anne sütüyle besleniyordu.<sup>68</sup> Bu dönemden sonra tek başına uyku, orta sınıflar arasında bir ideal olarak benimsendi, bebekleri annelerden ayıran yapay beslenme ve doğumun tıbbileştirilmesine yönelik artan eğilimlerle desteklendi.<sup>65,68</sup> Uyku eğitimi bazı sanayileşmiş toplumlarda giderek daha popüler hale geldi.<sup>68</sup> Anne sütü yerine kullanılan ürünler (örn: bebek maması) ile beslenen bebekler daha az sıklıkla beslenme eğiliminde olduğundan<sup>69</sup> ve emzirilen bebeklere göre daha derin uyuyabildiklerinden<sup>70</sup> bu ürünler de akıma yardımcı oldu.<sup>70</sup>

Sanayileşmiş ülkelerde 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarına kadar ortaya çıkmamış olan bebek uyku süresi ve

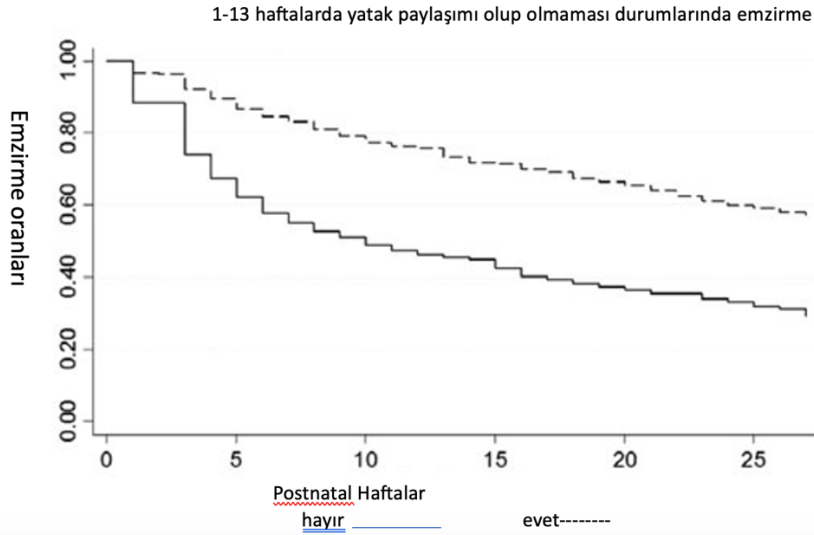
yeri ile ilgili endişeler<sup>68</sup>, bebek uyku araştırmalarının, yapay beslenmenin ve tek başına uyku teşvikinin normal kabul edildiği zaman diliminde yapıldığını göstermektedir. Çoğu kültürde ebeveynler ve bakıcılar bebeklerinin yakınında uyusa da, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Almanya dahil birkaç ülkede annelerin bebeklerini emzirirken bile asla aynı yatağı paylaşması önerilmez.<sup>10,71-73</sup>

Yatak paylaşımı sırasında emzirme kavramı, doğumdan hemen sonra başlayan, risk faktörü yokluğunda uyku ve emzirmenin ayrılmaz bir şekilde birleştirildiği anne ile bebek arasında biyolojik temelli sürekli bir temas modelini tanımlamak için önerilmiştir.<sup>15,64</sup> Dünyanın dört bir yanındaki kültürlerde anlatıldığı gibi, birlikte uyuma sırasında emzirmenin devam ettiği durumlarda, bebek sık sık emer ve sabahları anne, kaç kez ve ne kadar süreyle emzirdiğini hatırlamayabilir.<sup>74</sup>

Yatak paylaşımı sırasında emzirme kavramı, anne ile sürekli temasın optimal emzirmenin gerçekleşmesindeki kritik rolü kabul eder ve bu anne ve bebek çiftlerinin davranış ve fizyolojisinin, emzirilmeden yatak paylaşımı yapan anne bebek çiftlerinden farklı olabileceğini tanır; bu da yatak paylaşma sırasında emzirme ile karşılaştırıldığında, anne sütü dışında besin maddeleri ile beslenmede güvenlik değerlendirmelerinin muhtemelen farklı yaklaşımlar gerektirdiğini gösterir.<sup>4,21,77,78</sup>

**Şekil 2.** Yatak paylaşımı ve emzirme süresi arasında güçlü bir ilişki vardır.

Kaynak: Ball ve ark, 2016.



Emziren anneler bebekleriyle uyurken, C-pozisyonu<sup>48</sup> veya “kıvrılarak sarılma” (vücutları ile sınırlı bir uyku alanı oluşturarak bebeklerinin etrafında kıvrılmış) olarak bilinen karakteristik uyku pozisyonu ile onları hava yolunun kapanması ve aşırı ısınma dahil olmak üzere potansiyel fizyolojik stres faktörlerinden korur<sup>49</sup> (Şek. 1). Mikro uyarılmalar yoluyla sürekli tetikte olmaları, gece boyunca bebeklerin düzenli olarak uyarılmalarına yol açar.<sup>21,78-80</sup> İki küçük video çalışmasında, hiç emzirmemiş annelerin bu koruyucu davranışları daha seyrek sergiledikleri gözlemlenmiştir.<sup>78,81</sup>

Yalnız uyuyan bebekler ile annesi ile uyuyan bebekler karşılaştırıldığında, yatak paylaşımı sırasında emzirilen bebeklerin<sup>3,4</sup> 3. ve 4. (derin) uyku evrelerinde daha az,<sup>1,2</sup> 1. ve 2. (daha hafif)

uyku evrelerinde daha fazla zaman geçirdiği, bu durumun hızla uyanmayı ve apnelerin sonlanmasını kolaylaştırdığını gösterilmiştir. Yatak paylaşımı sırasında emzirme bebeklerin daha uzun süre beslenmesi, ayrı uyuyan bebeklerin daha az beslenme zamanı ile karşılaştırıldığında, anne bakımının bebeğin düzenleyici tepkileri üzerindeki olası etkisi yoluyla bebeğin strese verdiği epigenetik tepkileri etkileyebilir. Bebeğin yalnız uyuduğunda beslenmeye ayrılan süre ile karşılaştırıldığında, yatak paylaşımı sırasında emzirme süresinin daha uzun olması, anne bakımının bebeğin düzenleyici tepkileri üzerindeki olası etkisi yoluyla bebekte stres kaynaklı epigenetik tepkileri etkileyebilir.<sup>82</sup>



Araştırmacılar anneler ve bebekler arasındaki birlikte uyumaması konusunda yıllarca süren önerilere rağmen, ABD ve İngiltere'deki 3 aydan küçük bebeklerin %20-25'inin en az birkaç gece anneleriyle aynı yatakta uyuduğunu<sup>83,84</sup>, batı toplumlarında genel olarak, bebeklerin %40'ından fazlasının ilk 3 ayda zaman zaman anneleriyle birlikte yattığını bildirmektedir.<sup>83,85-91</sup> Bu oranlar, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde yatak paylaşımı ilişkili etiketlenme endişesi ile eksik bildirilmiş olabilir. Ebeveynler bebekleriyle birçok nedenle birlikte uyuduklarını ifade etmektedir. Bu nedenler arasında köklü kültürel veya dini inançlar ve ebeveynlik felsefeleri, laktasyon ve emzirme arasındaki fizyolojik bağlar ve yakın temas isteğini tetikleyen biyolojik dürtü ön sıralarda yer almaktadır.<sup>25,89,92-94</sup> Ebeveynler, bebeğiyle birlikte uyumanın gece bakımını kolaylaştırdığını, bebeği gözlemlemelerine yardımcı olduğunu, rahatlık sağladığını ve uyumalarına izin verdiğini ifade etmektedir.<sup>8,25,95</sup> Bazen ebeveynler, bebeği gece uyutmak için başka bir yerleri olmadığını veya istemeden bebeğin yanında uyuyakaldıklarını bildirmektedir.<sup>25,89,96</sup> Ayrıca annenin veya bebeğinin iştme engelli olması durumunda, bebekleri çevresel zararlardan (örn, haşere, silah sesi ve depresyon) korumak ve ABÖS'den korumak amacıyla yatak paylaşımını tercih etmektedir.<sup>97-99</sup>

Emziren anneler, yatak paylaşımı yapan annelerin en büyük bölümünü oluşturur.<sup>92</sup> Anne ve bebek arasındaki uykuda temas gece emzirmeyi kolaylaştırır; çok sayıda çalışma yatak paylaşımının (süt üretimini artırarak) gece beslenmesi daha sık ve daha uzun emzirme ile ilişkili

olduğunu gösterir (Şekil 2).<sup>2,4,14,90</sup> Doğum öncesi emzirmeye istekli kadınların yatak paylaşımı olasılığı daha yüksektir,<sup>4</sup> başlangıçta yatak paylaşımını düşünmeyen emziren kadınların da sonunda yatak paylaşımı yapmaları olasıdır.<sup>8,100</sup> Yatak paylaşımı yapan emziren anneler sık sık beslemek için uyansalar da, daha kısa süre uyanık kalırlar ve uykuya daha hızlı geri dönerler.<sup>79</sup> Böylece, yatak paylaşımı yapmayan annelere göre daha uzun süreli uyuyabilirler.<sup>104</sup> Yatak paylaşımı, emziren annelerin uyku bölünmesi gibi fiziksel ve sosyal maliyetleri azaltmak için kullandıkları bir stratejidir.<sup>102</sup> Bir gözlemsel çalışma, yatağı paylaşmadan aynı odayı paylaşan annelerle karşılaştırıldığında, aynı yatağı paylaşan annelerin yalnız anne sütü verme oranının (düzeltilmiş OR: 2,46; %95 güven aralığı [CI]: 1,76–3,45) veya kısmi emzirme (düzeltilmiş OR: 1,75; %95 GA: 1,33–2,31) olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir.<sup>7,103</sup> Bu nedenle, yatak paylaşımından kaçınmaya yönelik öneriler emzirme hedeflerine zarar verme potansiyeline sahiptir.<sup>3,8,104,105</sup> ayrıca, kanepeler gibi güvenli olmayan ortamlarda uyuma riskini de artırabilir.<sup>106</sup>

Anne ve bebekler ayrı uyurken de sadece anne sütüyle beslenme mümkün olmakla birlikte, bu durum gece boyunca daha seyrek emzirme ile sonuçlanır; tek başına uyuyanlara kıyasla, yatak paylaşımı sırasında emzirme sayısı ve toplam emzirme süresi iki veya üç katına çıkar.<sup>6</sup> Emzirmeye başlamayı inceleyen randomize bir çalışmada, bebekleri doğum sonrası serviste yatak başı beşiğinde (Şekil 3a) uyuyan annelerin yatak yanı beşiği (Şekil 3b) veya yatak paylaşımına kıyasla yarıdan daha az sayıda emzirebildiği bildirilmiştir<sup>1</sup>.

Emzirme oranlarının düşük olduğu bir popülasyonda yapılan çalışmada, yatağı paylaşımı olmaksızın oda

paylaşma önerisi benzer emzirme süresi sağlasa da, yalnız anne sütü ile beslenmeyi sağlayamamıştır.<sup>22</sup>

**ŞEKİL 3 :** Beşik, anne yanı beşik, wahakura ve Pepi-Pod®.



### **Yatak paylaşımı ve ABÖS:**

#### **Epidemiyolojik/gözlemsel kanıt**

Formül sütle beslenme, ABÖS riskini belirgin şekilde arttırır.<sup>42</sup> Bunun nedeni, emziren anne-bebek çiftlerine kıyasla daha düşük bebek uyarılma eşiğinin olması ve artan enfeksiyon riski olabilir.<sup>52</sup> Ek olarak, videografik araştırmalar, emzirilen bebeklerin, formül sütle beslenen bebeklerin aksine, memeye daha yakın pozisyonda, başı yastığın oldukça altında uyuduklarını ve bunun boğulma riskini azaltabileceğini göstermektedir.<sup>21,78,81</sup> Videografik veriler, emerek uyuyan bebeklerin nadiren yüzüstü uyuduklarını göstermektedir.<sup>21,81</sup> Hauck ve ark. biyolojik

mantığı, bulguların tutarlılığı, ilişkinin gücü (gitgide artan şekilde<sup>42</sup>), ilişkinin zamanlaması ve doz-yanıt etkisine dayalı olarak emzirme ile ABÖS riskinin azalması arasında ilişki olduğunu ve emzirmenin sadece sigara dumanı olmaması veya sosyodemografik faktörler dahil olmak üzere diğer koruyucu faktörlerin bir belirteci olmadığını ileri sürmüştür.<sup>52</sup> Koruyucu mekanizma bilinmemektedir. Bununla birlikte, annenin davranışsal faktörlerinin, insan sütünün immünolojik ve besleyici özelliklerinin ve emmenin uyarılma üzerindeki fizyolojik etkisinin bir kombinasyonu olması muhtemeldir.

Yakın zamandaki gözlemsel vaka kontrol çalışmalarında gösterildiği gibi ABÖS olgularının yaklaşık yarısı, bebekler bir yetişkinin yanında uyurken meydana gelirken, ölümlerin geri kalanı bebek karyolasında/beşikte tek başına uyuyan bebekler arasında meydana gelmektedir.<sup>9,11</sup> İngiltere'de 20 yıllık bir dönem boyunca 300 ardışık ABÖS incelendiği uzun süreli bir çalışmada, "Sırtüstü yatır" kampanyasından sonra yatak paylaşımı olan ABÖS olgularının sayısının yarı yarıya azaldığı saptanmıştır.<sup>107</sup> Bununla birlikte bu kohortta, beşikte/bebek karyolasında meydana gelen ölümlerde de yedi kat azalma olmuştur; bu da, tek başına uyuyan bebeklerde yüzüstü yatırmanın aynı yatağı paylaşan bebeklere göre çok daha yaygın olduğunu göstermektedir.<sup>11,107</sup> Bu eğilim aynı zamanda, yatak paylaşımı ölümlerinde sayısal bir azalma olmasına rağmen, toplam ölüm sayısının daha düşük olması nedeniyle, yatak paylaşımı yapan bebekler arasında meydana gelen ölümlerin oranının daha yüksek olmasıyla sonuçlanmıştır. Yatak paylaşımı ölümlerinin oranındaki bu istatistiksel artış, 2005'den itibaren Amerikan Pediatri Akademisi de dahil olmak üzere bazı ülkelerdeki politikacıların yatak paylaşımına karşı önerilerde bulunmasına yol açmıştır.<sup>10,108</sup> 2012'de yayınlanan 11 ABÖS vaka-kontrol çalışmasının meta-analizinde, yatak paylaşımı ile ilişkili üç kat risk bulunmuştur, ancak bu risk daha büyük bebeklerde (>12 hafta) veya sigara dumanına maruz kalmayanlarda anlamlı bulunmamıştır ve risk rutin yatak paylaşımı yapanlar için değil, yalnızca istem dışı yatak paylaşımı yapanlar için anlamlıdır. Ek olarak, analize emzirme dahil edilmemiştir.<sup>109</sup>

İlk kez 1993'te bir vaka kontrol çalışması olan Yeni Zelanda Beşik Ölümü Çalışmasında<sup>31</sup> tanımlanan, sigara içen annelerin yanında yatan bebeklerin ABÖS riski (OR: 4.55 [%95 GA: 2.63–7.88]) sigara içmeyen (OR: 0,98 [%95 GA: 0,44–2,18]) annelerin yanında uyuyan bebekler için geçerli riske kıyasla dört kattan fazlaydı.<sup>32</sup> Doğum öncesi sigara dumanına maruz kalma, bebeklerin uyarılmasında azalma ve maruz kalan bebeklerin beyinlerinde patolojik bulgularla ilişkili olduğundan, sadece sosyoekonomik durum için bir belirteç değildir.<sup>29,30</sup>

İki İngiliz çalışmasında (400 ABÖS olgusu ve 1386 kontrol) analizinde, bebek bir yetişkinle kanepede yattığında veya 24 saat içinde >2 U alkol (2 U: 1 büyük bira bardağı veya büyük kutu bira [440 mL], 1 bardak şarap [175 mL] veya 2 shot alkollü içecek [50 mL] içen bir yetişkinin yanında uyuduğunda ABÖS ölümlerinde 18 kat, ebeveynler sigara içiyorsa yatak paylaşımında riskin 4 kat arttığı gösterilmiştir.<sup>11</sup> Risk yokluğunda, yatak paylaşımı yapan bebekler için, yapmayan (odayı paylaşan veya tek başına uyuyan) bebeklerle karşılaştırıldığında ABÖS riski yoktu (OR: 1.08 [%95 GA: 0.58–2.01]). Veriler 3 aydan küçük ve büyük bebekler için ayrı ayrı değerlendirildiğinde, küçük bebeklerde artmış ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir risk (OR: 1,6 [%95 CI: 0,96–2,7]) varken, daha büyük bebeklerde, risk olmayan durumlarda yatak paylaşımı varlığında anlamlı koruyucu etki (OR: 0.08 [%95 GA: 0.01–0.52]) belirgindi. Bebeğin yaşı ile ilişkili herhangi bir farklı etkiyi veya ebeveyn ilaç kullanımı, bebek uyku pozisyonu veya oda paylaşımı gibi diğer faktörlerin etkisini doğru bir şekilde değerlendirmek için daha fazla sayıda

bebekle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Buna karşılık, benzer bir meta analizde, risk taşımayan koşullarda aynı yatağı paylaşan küçük bebeklerde riskin beş kat arttığı gösterildi.<sup>9</sup> Ancak bu çalışmada referans grubu, başka risk faktörleri olmayan, sigara içmeyen ebeveynlerin yataklarının yanına sırt üstü yatırılan ve emzirilen kız bebeklerdi. Bu durum risk farkını artırmış ve çıkarımı genelleştirilemez ve yorumlanması zor hale getirmiştir, çünkü hem koruyucu faktörler (referans grupta ayrıntılı olarak açıklanmıştır) hem de yatak paylaşımı potansiyel risk faktörleri aynı anda ölçülmektedir.

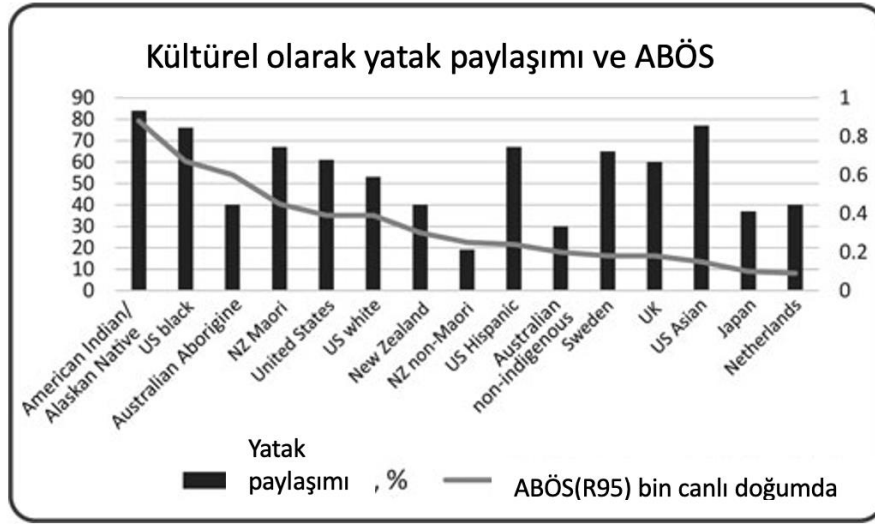
Anne dışındaki bakıcılarla aynı yatağı paylaşma riskine ilişkin sınırlı veri mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'nin Chicago şehir merkezinde yapılan tek bir araştırma, yatağı paylaşan birden fazla kişi (yalnızca diğer çocuklar veya bir veya iki ebeveyni olan diğer çocuklar) ve ebeveyn olmayan kişiler<sup>50</sup> ile ölüm riskinin arttığını bulmuştur, ancak nedensel ilişki belirsizdir. İskoçya'da yapılan bir çalışmada, bebek iki ebeveyn arasında uyuyorsa ölüm riskinin belirgin şekilde arttığı saptanmıştır.<sup>51</sup> Ancak bu çalışmada alkol ve/veya uyuşturucu kullanımı hesaba katılmamıştır ve Birleşik Krallıkta, diğer sanayileşmiş ülkelerle karşılaştırıldığında içki içme prevalansı yüksektir (15 yaş ve üzerindekiiler arasında %27,1).<sup>110</sup>

### ***ABÖS epidemiyolojisi***

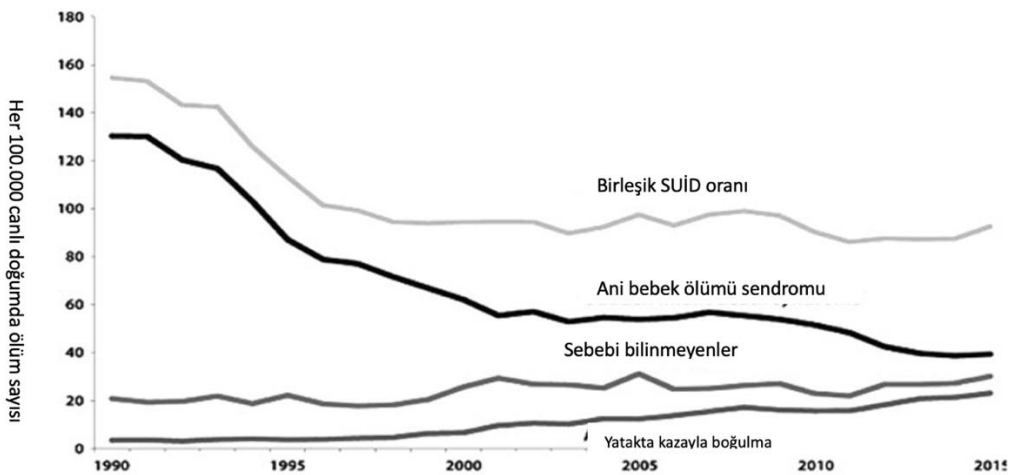
ABÖS en çok düşük gelirli<sup>46,107</sup> ve varlıklı ülkelerdeki bazı marjinal topluluklar arasında yaygındır. Dünyada ABÖS olguları en sık ABD'de görülmektedir. Amerikan Kızılderilileri, Alaska Yerlileri ve Hispanik olmayan siyahlar, Yeni Zelanda Maorileri, Avustralya Aborijinleri ve Torres Strait Adalıları ve yerli Kanadalılar<sup>33</sup> gibi topluluklarda yatak paylaşımı genellikle yaygın ve kültürel olarak değerlidir. Bununla birlikte, İsveçliler,<sup>33</sup> ABD'li Asyalılar ve Amerikalılar da dahil olmak üzere<sup>33,111</sup> düşük ABÖS oranlarına ve yüksek yatak paylaşma oranlarına sahip birçok popülasyon da vardır (Şekil 4). Bu çelişkili gözlemler, eşlik eden çeşitli risk faktörlerinin varlığı ile açıklanabilir.<sup>33</sup> Doğum öncesi sigara içme, alkol kullanımı, erken doğum, doğum öncesindeki bakımın kötü olması ve emzirmenin olmaması (formül süt kullanımı) dahil olmak üzere, riskli koşulların birçoğunun yoksulluk, yapısal ırkçılık ve tarihsel travma miraslarıyla örtüştüğüne dikkat edilmelidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ABÖS' ten ölen bebeklerin annelerinin yarısından azı, doğum öncesi bakım almıştı ve bu durumun ABÖS ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>112,113</sup>

ABÖS’de yapısal olarak ırkçılık da rol oynamaktadır. Amerika’da siyahi bebeklere hastanede tıbbi bir endikasyon olmadan <sup>38-39</sup> formül süt verilme olasılığı daha yüksektir ve bu durum emzirmeye engel olmaktadır. Sağlık çalışanları ve

toplum tarafından Maori ve Avustralya Yerli halklarına ve diğer azınlıklara yönelik ırkçı yaklaşımlar, Yeni Zelanda ve Avustralya’da çok çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. <sup>40,114</sup>



**ŞEKİL.4.** Kültürel bir norm olarak yatak paylaşımı ve ABÖS. *Kaynak:* Bartick ve Tomori'den alınan verilerden alınmıştır, 2019. ABÖS verilerinin çoğu 2014'e aittir. Avustralya grupları 2008–2012, Japonya 2015, Hollanda ve İsveç 2013 verileri gösterilmektedir. Aborijin terimi, hem Avustralya Aborijinlerini hem de Torres Strait Adalılarını ifade eder (birleşik) . ABÖS: ani bebek ölümü sendromu.



**ŞEKİL.5.** ABÖS ve SUID'deki ABD verilerinin yıllık eğilimleri (1990–2015). *Kaynak:* Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri/Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (CDC/NCHS), Ulusal Hayati İstatistik Sistemi, Sıkıştırılmış Ölüm Dosyası. SUID, ani beklenmedik bebek ölümü.

### ***Risk azaltımı politikaları ve stratejileri***

Son on yılda ebeveynlere yatak paylaşımı konusunda önerilerde bulunmak için çeşitli politikalar benimsenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Almanya<sup>73</sup> dahil olmak üzere bazı ülkeler, yatak paylaşımına karşı öneride bulunmuşlardır. Birleşik Krallık' taki bağımsız kurum Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü tarafından 20 yıl boyunca tüm uluslararası vaka kontrol çalışmalarının 2014 yılında gözden geçirilmesinin sonucunda, yatak paylaşımının ABÖS için tek başına nedensel olmadığı ve ebeveynlerin bu konuda risklerle ilgili bilgilendirilmesi gerektiği bildirilmiştir.<sup>115</sup> Yatak paylaşımına karşı duran ülkelerin aksine, Birleşik Krallık ve Avustralya<sup>116</sup> gibi ülkeler, yatak paylaşımının hem bilinçli hem de istem dışı olarak gerçekleştiğini ve genellikle emzirme ile bağlantılı olduğunu kabul etmektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarına yatak paylaşmanın riskli olacağı belirli durumları açıkça tartışmalarını önermektedir.

Birleşik Krallık ve Avustralya yaklaşımı, baskın ABD yaklaşımının basitliğinden yoksun olsa da, yatak paylaşımının yaygın olduğunu ve kültürel olarak değerli olabileceğini kabul eden kanıtlarla daha yakın ilişkilidir. Bu strateji, konunun yargılamadan tartışılmasını ve tehlikeli durumların vurgulanmasını sağlar.<sup>48,117,118</sup> ABD politikası, ailelerle uyku uygulamaları hakkında yargılayıcı olmayan konuşmalar yapılmasını önerirken, aynı yatağı paylaşmadan odayı paylaşma önerisini içerir. Bu, politikacılar için

iletilmesi kolay, halka yönelik açık ve doğrudan bir mesajdır. Bu doğrudan yaklaşımın dezavantajı, bazı kampanyalardaki yatak paylaşımı karşıtı söylemin de olduğu gibi, ebeveynler ve sağlık çalışanları arasındaki dürüst tartışmaları engelleyen ve aynı yatağı paylaşırken bebeklerini kaybeden yasal ebeveynleri gücendiren bir etiketlemeye yolaçabilmesidir. Yatak paylaşımını azaltmaya yönelik kampanyalara rağmen, son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde, özellikle siyah ve Hispanik topluluklar arasında yatak paylaşımının arttığı bildirilmiştir.<sup>87,91</sup> Yatak paylaşımından kaçınmak için yüksek riskli ailelerle gelişmiş mesajlaşmanın kullanıldığı bir çalışmada, yatak paylaşımı kontrol grubundan farklı olmadığı ve çalışmanın her iki kolunda da yatak paylaşımının ilk 6 ayda arttığı gösterildi. Yatak paylaşımı etkilenmediği için emzirme azalmamış olabilir. Teşhis kaymaları dikkate alındığında, katı "yatak paylaşımı yok" politikasına sahip Amerika Birleşik Devletleri' ndeki<sup>119</sup> dolaylı ABÖS oranı (R95 + R99 + W75) neredeyse hiç değişmemiş gibi görünmektedir (Şekil 5). Ebeveynlerin güvenli yatak paylaşımı konusunda eğitim aldığı Birleşik Krallık'ta, dolaylı ABÖS oranı son 10 yılda azalmıştır (Şekil 6). Bununla birlikte, yatak paylaşımı dışındaki birçok farklı faktör de bu son trendleri destekleyebilmektedir.

Riski en aza indirme stratejileri, ABÖS'ün önlenmesinde emzirmenin rolünün tanınmasını, riskli durumlar varlığında yatak paylaşmanın potansiyel riskinin ve eş ile diğer bakım veren kişilerin uyku zamanı etkinliklerine katılmasının

öneminin değerlendirilmesini içermektedir (Bkz. Tablo 3).

### ***Güvenli uyku müdahalelerinin etkinliği***

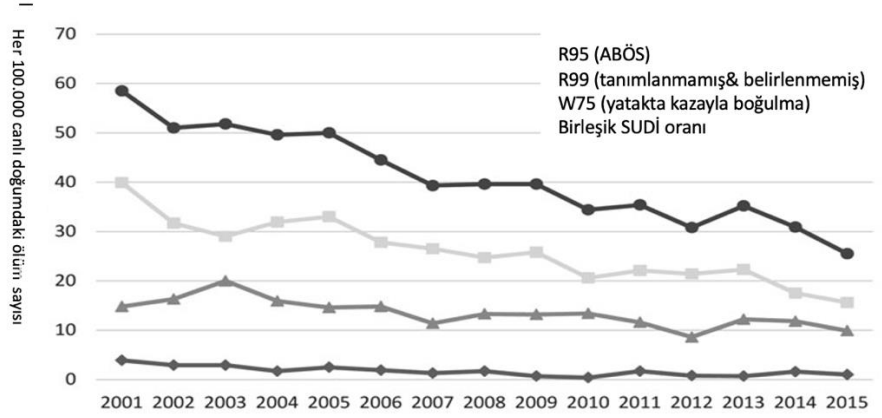
Güvenli uyku müdahalelerine ilişkin bir inceleme, sigara dumanına maruz kalma ve uyku yerini ele alan müdahaleler de dahil olmak üzere (öncelikle ABD merkezli) bire bir müdahalelerin çoğunun başarısız olduğunu göstermektedir.<sup>120</sup>

ABD'de yapılan gözlemsel bir araştırmada, bebeklerini yalnız anne sütü ile besleyen kadınların, yatak paylaşmama önerisine diğer kadınlara göre çok daha az uyduğunu gösterilmiştir (%65'e karşı %30,5).<sup>103</sup> Ebeveynlere video, sosyal ağlar veya diğer medya<sup>34,53,54,121</sup> aracılığı ile gönderilen kısa mesajlar ve e-posta yoluyla ulaşmada bazı başarılar elde edilmiştir. Ancak bunun için cep telefonu ve internet erişimi gerekmektedir. Basit bir “ABC-Alone, Back, Crib”( tek başına-sırtüstü-beşikte) yaklaşımı genellikle aileler ve bakım verenler tarafından reddedilir ve uykuyla ilişkili ölümleri azalttığı gösterilmemiştir, bu da hastaların ihtiyaçlarını keşfetmeyi içeren görüşmeye dayalı bir yaklaşımın<sup>35</sup> benimsenmesine yol açar.<sup>118</sup> 1993 ile 2010 yılları arasında ABD’de yıllık olarak yapılan anketler, ABD’de geceleri bakım verenlerin neredeyse yarısının bir doktorla yatak paylaşımını tartışmasına rağmen, siyah ve Hispanik aileler arasındaki yatak paylaşma oranlarının sürekli olarak arttığını ortaya koymuştur.<sup>91</sup>

Yakın zamana kadar Yeni Zelanda’da yatak paylaşımı<sup>58</sup> ile birlikte yüksek sigara içme oranları sonucu dünyadaki en yüksek ABÖS sıklığına sahip olan Maori topluluğunda, yeni bir müdahalenin ardından bebek ölüm oranlarında düşüşler görülmüştür.<sup>122</sup> Bu müdahale, yüksek riskli ailelere, Māori geleneklerine uygun özel bir örgü keten beşik olan wahakura (Şekil 3c) ve benzer şekilde polipropilen bir kutu olan Pēpi-Pod™ (Şekil 3d) sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, ebeveynlere "Güvenli Uyku"yu teşvik eden birebir danışmanlık hizmeti sunulmaktadır.

Daha da önemlisi, wahakura, anne ve bebeğin son derece değerli olan birarada olma durumunu destekleyen geleneksel Maori bebek bakım uygulamasının geri kazanılması özelliğine de sahiptir.

Önemli bir nokta da, wahakura'nın, annenin ve bebeğin bir arada olmasını destekleyen geleneksel Māori bebek bakım uygulamasını yeniden kazandırmasıdır. Çalışmanın yürütüldüğü bölgede 2009-2012 yılları arasında ABÖS oranı dramatik şekilde düşmüştür. İlginç olarak wahakura, yatak başı beşiğiyle karşılaştırıldığında güvensiz uyku davranışlarını azaltmamış, ancak 6 aylık sürede emzirme oranlarının belirgin şekilde artmasına yol açmıştır. (wahakura: %22,5, beşik: %10,7, p=0,04).



**ŞEKİL.6.** ABÖS ve SUID' (Ani beklenmeyen bebek ölümü) de İngiltere ve Galler eğilimleri (2000–2015).  
Kaynak: Ulusal İstatistik Ofisi, İngiltere ve Galler. SUDI, bebeklikte ani beklenmedik ölüm.

### Gelecekteki araştırma alanları

- Bir bebeğin ölümüne boğulma neden olup olmadığını tam olarak belirlemek için ölüm inceleme teknikleri nasıl geliştirilebilir?
- Riskli durumları olmadığında yatak paylaşımının önemli bir tehlikesi var mı?
- Yatak paylaşımı riski ile bebek yaşı ve beslenme şekli (tüm tehlikeli durumlar dikkate alındığında) (emzirme, sağılmış sütle besleme, donör sütüyle besleme ve anne sütü ikameleri) arasında bir ilişki var mı?
- Emzirilmeyen bebekler için güvenli bir uyku ortamı için en iyi öneri nedir?
- İkizlerin aynı yatağı paylaşması da dahil olmak üzere riskli durumlar olmadığında birden fazla yatağı paylaşan kişi bebeğin güvenliğini nasıl etkiler? Bebeğin yatakta,

örneğin ebeveynlerin arasında veya yatağın kenarında, annenin yanında

olması güvenlik açısından bir fark yaratır mı?

- Yatakta kullanılan cihazlar ve yan yataklar, özellikle yüksek riskli koşullar varlığında bebekler için güvenli ve etkili midir ve güvenliyse, emzirmeye etkileri nedir?
- "ABÖS'i azaltmada etkili olan kıvrıl-sarıl (cuddle curl), emzirilmeyen ama yatak paylaşımı yapan anne-bebek çiftleri tarafından uygulanabilir mi ve ABÖS'i azaltmada etkili midir?
- Bu protokolda ayrı bir yatak paylaşımı kategorisi olarak tanımlanan yatak paylaşımı sırasında emzirme ("breastsleeping") konusunda



ebeveynlere destekleyici bilgi sağlamak, bu ebeveynlere daha iyi spesifik rehberlik sağlamak için koruyucu mu yoksa riskli midir?

- ABÖS ile formül sütler ile beslenme arasında nedensel bir bağlantıyı kanıtlayabilecek otopsi kanıtları var mı?
- Erken süttten kesmeye bağlı ABÖS'den ölüm riskleri ve potansiyel olarak güvenli yatak paylaşımının olmamasıyla ilgili riskler, riskli olmayan koşullarda yatak paylaşımı kaynaklı ABÖS riskinden ağır basıyor mu? Bu konuda birçok etkileyici faktör bulunmaktadır ve bu durumun araştırılması zor olacaktır.
- Annede obezite, yatak paylaşımının risklerini ve faydalarını ne ölçüde değiştirir? <sup>125,126</sup>

### Açıklama bildirimi

JJM, Arms Reach cosleeper için güvenlik danışmanı olarak görev yapmaktadır ve bunun için kendisine cüzi bir ödeme yapılmakta ancak telif ücreti ödenmemektedir. Başka hiçbir rakip finansal çıkar bulunmamaktadır. PSB, Uluslararası Perinatal ve Bebek Ölümelerini Araştırma ve Önleme Derneği'nin (ISPID) başkanı ve UNICEF İngiltere'nin bilimsel danışmanı olarak görev yapmaktadır ve her ikisi de fonlanan pozisyonlar değildir. HLB, Lullaby Trust'ın bilimsel danışmanı ve Lullaby Trust Bilimsel Komitesi başkanı,

ISPID yönetim kurulu üyesi ve Journal of Human Lactation'ın editöryal inceleme kurulu üyesidir ve bunların tümü finanse edilmeyen pozisyonlardır. Akademik rolünün bir parçası olarak, Bebek Uyku Bilgi Kaynağı (www.BasisOnline.org.uk) Basis'in kurucu ortağı ve eş direktörüdür. JJM, Fit Pregnancy dergisinde psikolojik danışman, Kids in the House, KidsintheHouse.com web sitesinde ücretsiz katılımcı ve Speaking of Kids'in yönetim kurulu üyesi olarak hizmet vermektedir; LFW, Communitys and Hospitals Advancing Maternity Practices (CHAMPS), Boston Medical Center, Boston, Massachusetts için danışman ve hekim lideri olarak ve Ulusal Çocuk Sağlığı Kalitesi Enstitüsü (NICHQ) - Ulusal Eylem Ortaklığı'nda ve Güvenli Uyku İyileştirme ve Yenilik Ağı'nda (NAPPSS-IIN) danışman olarak çalışmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi'nin (AAP) Emzirme Bölümü başkanıdır ve aynı zamanda ABÖS konusunda AAP özel grubunda hizmet vermektedir. KAM, ABD Bebek Dostu Hastane Girişimi'nin klinik danışma kurulunda hizmet vermektedir ve Journal of Human Lactation'ın yardımcı editörüdür; MCB, emzirme ve ekonomi alanındaki araştırmalar için W.K. Kellogg Vakfı'ndan fon almıştır ve Massachusetts Bebek Dostu İşbirliği'ne eş liderlik yapmaktadır. LFW ve MCB, Emzirme Tıbbı Akademisi'nin yönetim kurulunda görev yapmaktadır.

## Finansman Bilgileri

Bu çalışma finanse edilmemiştir.

*ABM protokollerinin geçerliliği, yayın tarihinden itibaren 5 yıl sonra sona erer. Bu protokolün içeriği yayınlandığı tarihte günceldir. Kanıta dayalı revizyonlar 5 yıl içinde veya kanıtlarda önemli değişiklikler varsa daha erken yapılır.*

## ABM PROTOCOL

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

Yazışma için: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

## Kaynaklar

1. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006;91:1005–1010.
2. Huang Y, Hauck FR, Signore C, et al. Influence of bed-sharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr* 2013;167:1038–1044.
3. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119–1126.
4. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016;105:628–634.
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 major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3:e002299.
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.
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 Perinatol 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 of bed-sharing on infant physiology, breastfeeding and 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. *Co-sleeping and SIDS: A Guide for Health Professionals*. London: UNICEF UK, 2019.
37. Filippidis FT, Laverty 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. *Pe- diatrics* 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 nonparental 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 envi- ronment 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. Breast- feeding 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 safeInfant sleep. *Acad Pe- diatr* 2017;17:871–878.
- 55.Baddock SA, Tipene-Leach D, Williams SM, et al. Wa- hakura versus bassinet for safe infant sleep: A randomized trial. *Pediatrics* 2017;139:e20160162.
- 56.World Health Organization. *ICD-10, International Statis- tical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, 5th edition*. Geneva, Switzer- land: 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. Var- iations in cause-of-death determination for sudden unex- pected infant deaths. *Pediatrics* 2017;140:e20170087.
- 60.Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, et al. An integrated analysis of maternal-infant sleep, breastfeeding, and sud- den infant death syndrome: Research supporting a bal- anced 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 continua- tion 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 Center 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, Conrads 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, Kortsmi 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. *N Z 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.