

Anbefaling

Det anbefales at helsepersonell som ledd i svangerskapsomsorgen stiller spørsmål til alle gravide kvinner for å avdekke vold og seksuelle overgrep. Der det synes nødvendig bør kvinnen spørres ved flere svangerskapskontroller.

Det anbefales at en eller flere svangerskapskontroller forbeholdes mor alene.

Kvinner bør få individuell oppfølging når vold og seksuelle overgrep avdekkes, og de må få mulighet til å være med på å bestemme tiltak og hjelp. For risikovurdering og sikkerhetsarbeid bør helsepersonell samarbeide tverrfaglig, og anvende kommunale handlingsplaner for vold i nære relasjoner.

Det er viktig at helsepersonell har grunnleggende kunnskap og kompetanse om vold og seksuelle overgrep, samt avdekking av vold og oppfølging av utsatte for vold.

Det anbefales at helsepersonell i svangerskapsomsorgen gir informasjon til alle gravide og deres partnere om helsekonsekvenser ved vold og seksuelle overgrep (på generelt grunnlag).

Hva er vold?

WHO definerer partnervold som enhver handling innenfor en nær relasjon som forårsaker fysisk, psykologisk eller seksuell skade i et parforhold. Atferden inkluderer fysisk vold, psykiske overgrep, slik som trusler, nedverdiggelse og ydmykninger, og voldtekt og andre former for seksuell tvang. Partnervold kan også innebære kontrollerende atferd; -for eksempel å isolere partneren fra familie og venner, overvåke partnerens bevegelser og gi den begrenset tilgang til informasjon og assistanse. Når overgrep skjer gjentatte ganger i det samme forholdet, omtales ofte fenomenet som «mishandling»(1).

Partnervold kan grovt deles i to typer:

- Episodisk partnervold
- Intimterrorisme

Den episodiske partnervolden kan være enkelthendelser der stress og frustrasjon skaper konflikter som ender med fysisk eller psykisk vold. Her kan både menn og kvinner være utøver.

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

Intimterrorisme handler om et maktforhold, der som oftest mannen kan ha ønske om kontroll over kvinnen. Denne type vold er ofte gjentakende med et eskalerende mønster, og er mer skadelig for helsen til de utsatte(2). I de fleste tilfeller der kvinner utsettes for vold i hjemmet er det partneren som er utøver (3). Vold mot gravide kan også utøves av andre familiemedlemmer og tidligere partnere. Kvinner kan også selv være voldsutøver mot partner, egne barn og i sjeldne tilfeller mot barnet i magen.

Vold og seksuelle overgrep mot gravide

Å være gravid og samtidig bli utsatt for vold og seksuelle overgrep i hjemmet er en stor belastning, både for helse og livskvalitet hos den gravide og det ufødte barnet. Likevel er kvinner som opplever vold og seksuelle overgrep i hjemmet en lite synlig gruppe i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan skyldes opplevelser av skyld og skam, og at kvinner sjelden forteller om sin livssituasjon uoppfordret (4, 5), men det kan også skyldes at voldsutsatthet ikke tematiseres eller etterspørres av helsepersonell. Rutinemessig bruk av samtaleverktøy øker avdekkingen av voldsutsatthet (3, 6-8). De fleste kvinner oppsøker helse- og omsorgstjenesten i svangerskapet og dette gir muligheter for å nå de som er utsatt for vold og seksuelle overgrep. Å bli mor medfører psykologiske endringer hos kvinner, som kan skape muligheter for å motta støtte til å endre en vanskelig livssituasjon (9).

Risikomomenter for å være utsatt for vold og seksuelle overgrep kan være:

- Alkohol og rusmisbruk
- Psykiske plager eller lidelser
- Tidligere utsatt for vold eller seksuelle overgrep
- Vitne til vold
- Uønsket og/eller ikke planlagt svangerskap
- Sosioøkonomiske forhold
- Svært unge gravide
- Manglende sosialt nettverk

Det kan være betydningsfullt å tematisere vold og seksuelle overgrep flere ganger i løpet av svangerskapsomsorgen for gravide i risikozonen.

Omfang av vold og seksuelle overgrep

På grunn av ulike definisjoner og forståelser av begrepet vold, samt at fortsatt er tabuering av temaet, gjør det vanskelig å anslå hvor mange kvinner i Norge som utsettes for vold og seksuelle overgrep. En norsk omfangsundersøkelse og et pilotprosjekt med screening av vold mot gravide viser at hver fjerde kvinne har erfaring med å være utsatt for vold (3, 10), og 4 % ble eller hadde blitt utsatt for fysisk vold under ett svangerskap(10).

Konsekvenser ved å bli utsatt for vold og seksuelle overgrep

Kvinner som opplever vold og seksuelle overgrep i hjemmet har økt risiko for nedsatt livskvalitet, skader og død, noe som vises blant annet i en norsk studie (11-14). Erfaringer med vold og seksuelle overgrep kan påvirke kvinners opplevelse av svangerskap, fødsel og barseltid. Disse erfaringene kan for eksempel føre til ammeproblemer (17,18) og vegring mot å føde vaginalt og et ønske om å få utførtplanlagt keisersnitt (15, 16). Gravide som har vært utsatt for seksuelle overgrep, opplever flere

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

fysiske plager i svangerskapet (19, 20). Erfaringer med seksuelle overgrep i barndommen kan føre til retraumatisering i svangerskapet og posttraumatisk stressyndrom (21). Voldserfaringer opptrer ofte sammen med depressive symptomer (22-26), og kan påvirke kvinnens tilknytning og omsorgsevne ovenfor barnet (13, 27). Engstelse og depresjon kan dessuten føre til misbruk av medikamenter og alkohol (28). Voldserfaringer kan minske kvinnens konsentrasjon og vanskeliggjøre hennes funksjoner i hverdagen(14).

I svangerskapet kan det ufødte barnet bli rammet av volden direkte gjennom spark og slag på magen eller indirekte gjennom mors stressreaksjoner (29). Forskning tyder på at dette kan føre til endrede strukturer i hjernen, som vil kunne gi varig nedsatt kognitive prestasjoner og uro hos barnet (30). Voldsrelatert stress kan føre til nedsatt fostervekst og prematur fødsel (31, 32) og det er økt risiko for død(32). Forskning peker totalt sett mot at når gravide er utsatt for vold, vil dette kunne føre til nedsatt helse og livskvalitet for det ufødte barnet, både etter at det er født og i livsløpet fremover (13). Dette er kunnskapsområder som trenger ytterligere forskning.

Hvordan avdekke vold og seksuelle overgrep i svangerskapsomsorgen

De fleste kvinner opplever det som positivt å få spørsmål om vold og seksuelle overgrep i svangerskapsomsorgen; herunder å bli spurt flere ganger i løpet av graviditeten (3, 33). Vold bør for første gang tematiseres så tidlig som mulig i svangerskapet. Kvinner som har erfaring med å bli utsatt for vold og seksuelle overgrep kan oppleve det belastende å bli spurt om dette, men likevel ønsker de aller fleste å bli spurt og få mulighet til å snakke om den vanskelige situasjonen (3). Når helsepersonell spør om vold og seksuelle overgrep mot gravide kan det være hensiktsmessig å understreke at dette er noe alle gravide spørres om, da voldserfaringer kan ha konsekvenser for helse og livskvalitet til mor og det ufødte barnet.

Forslag til gode spørsmål¹:

- Er du noen gang redd i eget hjem?
- Er du redd for partneren din eller andre?
- Blir du noen ganger ydmyket av partneren din, tidligere partnere eller andre? Blir du nedverdiget offentlig, hindret i å møte venner eller gjøre ting du ønsker?
- Har du noen gang blitt slått, sparket eller på andre måter angrepet fysisk. Hvis ja, av hvem, hvor mange ganger og hvilke skader?
- Har noen gjort noe seksuelt mot deg som du ikke har ønsket? Hvis ja, når og av hvem?
- Har noen i løpet av det siste året gjort deg bekymret for tryggheten til barna dine? Hvis ja, av hvem?

Det er viktig at kvinnen blir spurt om voldserfaringer for å ivareta kvinnens sikkerhet, slik at hun ikke blir møtt med represalier og ytterligere vold i etterkant av samtalen. Samtalen skal gjennomføres når partneren ikke er til stede, og følgelig må minst en konsultasjon i svangerskapet være forbeholdt kvinnen alene (34, 35). Der det er naturlig kan partner ha samtale med jordmor/fastlege alene.

¹[Veileder, kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner](#)

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

Far/partner bør også, alene eller sammen med mor, få møte til konsultasjon for å få informasjon om helsekonsekvenser ved vold og seksuelle overgrep.

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets side, jf. helsepersonelloven § 33². Helsepersonell skal, uten hinder av taushetsplikt etter lovens § 21³, av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Erfaringer med vold i hjemmet kan gi store negative konsekvenser for barns fungering i hverdagen og deres helse. Dersom kvinnen blir utsatt for vold i svangerskapet og hun allerede har barn, kan opplysningsplikten til barneverntjenesten inntre dersom vilkårene for dette er til stede.

Helsepersonell skal ikke foreta undersøkelser for å avklare bekymringen på egenhånd, da dette er barnevernets oppgave.⁴ Det er viktig at den gravide opplyses om helsepersonellet opplysningsplikt til barnevernet.

Helsepersonell kan også ha en plikt til å gi opplysninger videre etter straffeloven § 139⁵ for å avverge nærmere bestemte straffbare handlinger. Etter denne bestemmelsen er det straffbart ikke å anmelde eller på annen måte søke å avverge visse alvorlige forbrytelser, herunder alminnelig og grov mishandling i nære relasjoner, og medvirkning til slik mishandling, når man holder det som sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle straffbare handlingen vil bli eller er begått.

Videre oppfølging

Det er viktig og utforske hvilken type vold den aktuelle kvinnen er utsatt for, da dette vil ha betydning for hvilke hjelpetiltak og oppfølging kvinnen og partneren/familien bør få tilbud om. Noen kvinner vil ha behov for et omfattende tilbud av ulike faggrupper; både til medisinske behov, behandling av psykiske plager eller lidelser, egen sikkerhet, økonomi og informasjon om lovverk i forhold til sosiale rettigheter og samlivsbrudd, eller foreldreveiledning. Viser til kommende veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner.⁶

Krisesenterlova har som formål «å sikre eit godt og heilskapleg krisesenterilbod til kvinner, menn og barn som er utsette for vald eller truslar om vald i nære relasjonar».⁷ Det er kommunens ansvar å sørge for et krisesentertilbud til personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for rådgivning eller et trygt og midlertidig botilbud.⁸ Videre har kommunen ansvar for å sørge for at tilbudet så langt som mulig blir tilrettelagt brukerens individuelle

² [Helsepersonelloven § 33](#)

³ [Helsepersonelloven § 21](#)

⁴ [Rundskriv IS-17/2006](#)

⁵ [Straffeloven § 139](#)

⁶ [Et liv uten vold - Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017, tiltak 23](#)

⁷ [Krisesenterlova § 1](#)

⁸ [Krisesenterlova § 2](#)

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

behov og at brukeren får en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre kommunale tjenester.⁹

I forhold der det avdekkes vold er det av stor betydning at det opprettes tverrfaglig samarbeid. Helsepersonell må kjenne til de hjelpeinstanser og tilbud som finnes i sin kommune, interkommunalt, i spesialisthelsetjenesten og fra frivillige organisasjoner. Det vises til veileder for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner.¹⁰

Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.¹¹ Det skal også oppnevnes koordinator for pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven.¹² Koordinatoren skal blant annet sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, samt sikre samordning av tjenestetilbudet. Det er viktig å sikre gode overganger og oppfølging etter svangerskapets slutt. I oppfølgingen av familier der det er andre barn i hjemmet vises det til *Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling*.¹³

Kvinner med innvandrerbakgrunn

Kvinner med innvandrerbakgrunn er en heterogen gruppe som ikke har noe mer til felles enn at de har bakgrunn fra et annet land med et annet språk og kultur enn det norske. Det er viktig å møte også disse kvinnene med en individuell tilnærming. Deres kunnskap om egne rettigheter og helsetjenestene i Norge kan være mangelfull. Pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2¹⁴. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, og gis på en hensynsfull måte.¹⁵ For å sikre god kommunikasjon og informasjon må helsepersonell vurdere behovet for å bruke kvalifisert tolk.¹⁶

Noen kvinner med innvandrerbakgrunn kommer fra samfunn hvor æresrelatert vold er mer eller mindre utbredt, og enkelte kan være utsatt for æresrelatert vold i det norske samfunnet. "Æresrelatert" betyr i denne sammenheng vold som er initiert og legitimert av patriarkalske familie- og slektskapsrelasjoner, som utløses av familiens behov for å beskytte eller gjenopprette anseelse. Æresrelatert vold kan arte seg som sosial kontroll, og konsekvenser kan være at kvinner blir isolert, mishandlet, ekskludert av familien, truet med å bli sendt tilbake til hjemlandet og i verste fall drept. Det er viktig og utforske om volden er æresrelatert og hva den innebærer for den enkelte kvinne og eventuelle barn. Det finnes et strukturert klinisk risikovurderings instrument, PATRIARK, som kan benyttes for kartlegging av æresrelatert vold.¹⁷

⁹ [Krisesenterlova § 3 og § 4](#)

¹⁰ [Veileder, kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner](#)

¹¹ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2](#)

¹² [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a](#)

¹³ [Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling](#)

¹⁴ [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#)

¹⁵ [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#)

¹⁶ [IS-1924 Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten](#)

¹⁷ [Verktøy/Strukturert klinisk risikovurdering](#)

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

Kvinner som er tvangsgiftet og kvinner uten oppholdstillatelse, gift med norske menn, kan også være utsatte kvinner. Nesten halvparten av kvinnene med innvandrerbakgrunn på krisesenter oppga en etnisk norsk overgriper.¹⁸

Dokumentasjon

Den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger i journal for den enkelte pasient.¹⁹ Når vold etterspørres og/eller avdekkes er det viktig at dette dokumenteres i pasientens journal. Det anbefales ikke at denne informasjonen skrives på Helsekort for gravide, da det kan sette henne i ytterligere fare siden hun selv oppbevarer og tar med seg dokumentet hjem. Dersom kvinnen har ytre, synlige skader på grunn av vold, bør dette nedtegnes i journalen. Med kvinnens samtykke kan det tas fotografier av skadene, som kan være viktig bevismateriale i en eventuell rettsak.

Videreformidling av informasjon reguleres av helsepersonelloven § 25 og § 45. Med mindre pasienten motsetter seg, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.²⁰ Helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp skal gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på en forsvarlig måte, med mindre pasienten motsetter seg dette.²¹ Helsepersonell bør sørge for god meldingsutveksling mellom tjenestene som fastlegekontor, jordmor og helsesøster på helsestasjon, privat jordmor og gynekolog og helseforetak.

Ivaretagelse av helsepersonell

Å avdekke vold og seksuelle overgrep kan være en krevende oppgave for helsepersonell. Man kan få kjennskap til svært belastende livshistorier (3). Helsepersonell har overveiende positive erfaring med å etterspørre og avdekke vold. Dette forutsetter at de har tid, kunnskap, henvisningsmuligheter og gode samarbeidsrutiner med andre faginstanser (36). Helsepersonell må kjenne seg trygge på at kvinner og familiene får så god hjelp som mulig. Kunnskap om de juridiske rettigheter, plikter og muligheter er viktig, og det kan være betydningsfullt å ha mulighet til å delta i veiledning og opplæring av helsepersonell (36, 37).

¹⁸ [Rapportering fra krisesentrene 2009](#)

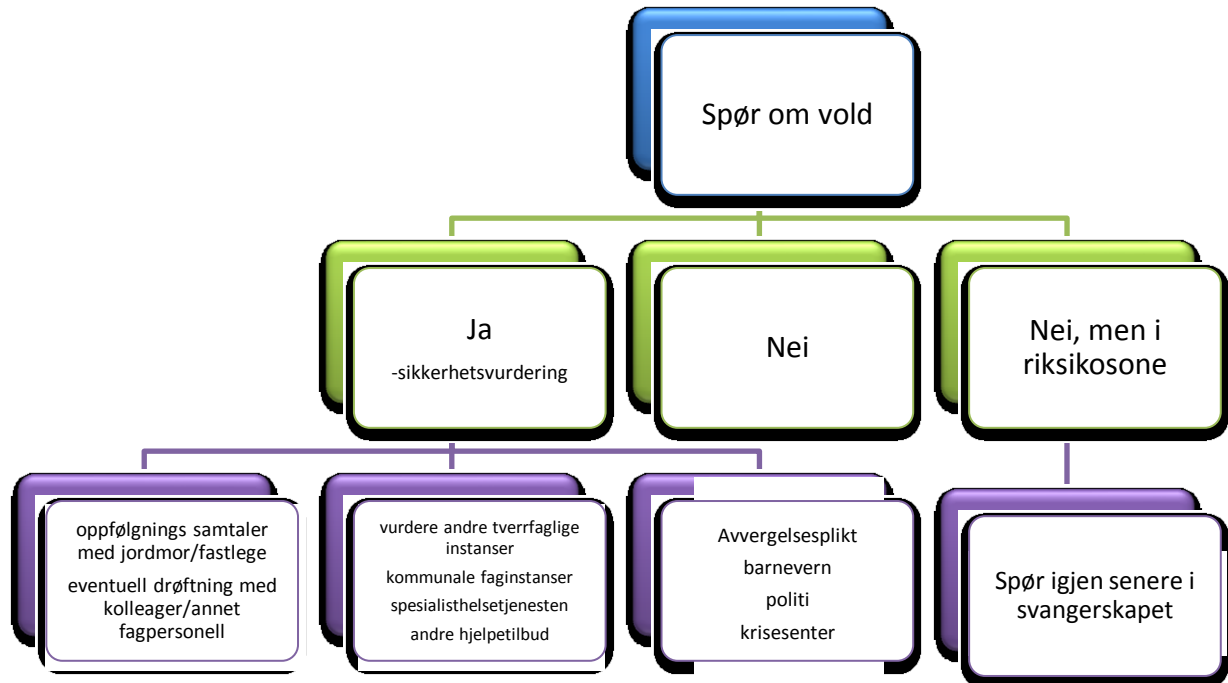
¹⁹ [Helsepersonelloven § 39](#)

²⁰ [Helsepersonelloven § 25](#)

²¹ [Helsepersonelloven § 45](#)

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

Flytskjema



Helsepersonell kan ta kontakt med kollegaer og andre instanser for anonym drøftning ved behov.

Referanseliste

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Johnson MP. Conflict and control gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*. 2006;12(11):1003-18.
3. Hjemdal OK, Engnes K. Å spørre om vold ved svangerskapskontroll: rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2009. 90 p.
4. Hegarty K, Brown S, Gunn J, Forster D, Nagle C, Grant B, et al. Women's views and outcomes of an educational intervention designed to enhance psychosocial support for women during pregnancy. *Birth*. 2007;34(2):155-63.
5. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;137(1):37-42.
6. Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Matsumoto N, Horiuchi S. Screening of domestic violence against women in the perinatal setting: a systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*. 2004;1(2):77-86.
7. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*. 2001;17(4):289-94.
8. O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2010;11(4):190.

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

9. Brodén M. Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas [Possibilities in pregnancy: a time when relationships are created and developed]. Stockholm: Natur och Kultur; 2004. 340 s. p.
10. Haaland T, Clausen S-E, Schei B. Vold i parforhold - ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. <http://www.nibr.no/uploads/publications/8c7695745995ffcac1e73e454d17e63a.pdf> ed. Oslo: NIBR; 2005. 235 s. p.
11. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*. 2007;22:1668-73.
12. Garcia-Moreno C, Jansen H, A. F. M., Ellsberg M, Heise L, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006;368(9543):1260.
13. Shay-Zapfen G, Bullock L. Impact of intimate partner violence on maternal child health. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*. 2010;35(4):206-12.
14. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, Health WHOM-cSoWs, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-72.
15. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B. Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(9):1153-7.
16. Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(3):288-94.
17. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(3):344-53.
18. Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *Journal of midwifery & women's health*. 2007;52(2):e15-20.
19. Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B. Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*. 2012;12(1):83.
20. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2013.
21. Yampolsky L, Lev-Wiesel R, Ben-Zion IZ. Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy? *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(9):2025-37.
22. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS medicine*. 2013;10(5):e1001452.
23. Rodriguez MA, Valentine J, Ahmed SR, Eisenman DP, Sumner LA, Heilemann MV, et al. Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: A longitudinal investigation of Latinas. *Violence Against Women*. 2010;16(5):543-59.
24. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;202(1):5-14.
25. Brown SJ, McDonald EA, Krastev AH. Fear of an intimate partner and women's health in early pregnancy: Findings from the maternal health study. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2008;35(4):293-302.
26. Rose L, Alhusen J, Bhandari S, Soeken K, Marcantonio K, Bullock L, et al. Impact of intimate partner violence on pregnant women's mental health: mental distress and mental strength. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(2):103-11.

Høringsutkast til revidert emne i svangerskapsretningslinje (IS-1179) 20.12.2013

27. Taylor CA, Guterman NB, Lee SJ, Rathouz PJ. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*. 2009;99(1):175-83.
28. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(3):266-71.
29. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;202(1):61.e1-.e7.
30. Sandman CA, Davis EP, Buss C, Glynn LM. Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus. *Neuroendocrinology*. 2012;95(1):1-14.
31. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(2):105-16.
32. Meuleners L, Lee A, Janssen P, Fraser M. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: A population based study in Western Australia, 2002-2008. *BMC pregnancy and childbirth*. 2011;11(1):70.
33. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;109(1):9-16.
34. Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 2005;21(4):311-21.
35. Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*. 2006;22(1):6-14.
36. Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 2005;21(4):311-21.
37. Lauti M, Miller D. Midwives' and obstetricians' perception of their role in the identification and management of family violence. *New Zealand College of Midwives Journal*. 2008;38:12-6.