

## 국내 마취동의서 실태

울산대학교 의과대학 마취과학교실, \*성균관대학교 통계학과, † 서울대학교 의과대학 마취과학교실

심지연 · 김동욱\* · 이정림† · 안원식†

### Survey of the Informed Consent for the Anesthesia Practice in Korea

Ji Yeon Sim, M.D., Donguk Kim, Ph.D.\*, Jeong Rim Lee, M.D.†, and Wonsik Ahn, M.D.†

Department of Anesthesiology, College of Medicine, University of Ulsan and † Seoul National University, \*Department of Statistics, Sungkyunkwan University, Seoul, Korea

**Background:** All medical conduct should be practiced under the permission of patients or guardians. Because anesthetic procedures have high risk, every anesthesia practice is done under verbal and/or written consent. However, collecting anesthetic permission is not common in Korean medical anesthesiologists. The purpose of this article is to survey current anesthetic status and to provide some suggestions.

**Methods:** We had given questionnaire sheet to anesthesiologists participating in an annual meeting of the Korean Society of anesthesiologists. It included the percentage of receiving the anesthetic consent, the reasons why they received the informed consent or not, and the conditions to improve to receive it.

**Results:** The total number of responded anesthesiologists was 187. More than half of the responders had received the informed consents from less than 25% of their patients. And only thirty percent of them had taken the consents from more than 75% of their patients. To increase this rate, they replied, it is needed to strengthen the legal validity of the consent and to improve working conditions.

**Conclusions:** The rate of receiving the informed consent is very low for the anesthesia practice in Korea. There are some procedures that are needed to improve the current situation so that anesthesiologists can provide better quality to the patients. (Korean J Anesthesiol 2005; 48: 117~23)

**Key Words:** informed consent, jurisprudence, patient rights, preoperative visit.

## 서론

육체에 행해지는 침습적 행위는 원칙적으로 상해죄에 해당하는 것이지만, 현실적으로 의사가 행하는 치료과정 중 침습적 행위는 상해로서 인정되지 않고 있는데, 이는 적법한 환자의 승낙이 선행된 정당한 의료행위라는 가정이 포함되어 있기 때문이다.<sup>1)</sup> 그래서, 모든 의료행위는 환자 또는 보호자의 목시적, 명시적 동의를 받고 행해지도록 되어 있다. 또한, 여러 의료행위 중에 위험성이 많은 행위는 특별히 서류에 의한 명시적 동의를 구하는 것이 관례이다. 그

래서, 수술이나 방사선 촬영을 위한 조영제 투여에 대한 서면동의는 우리나라 병원에서 흔히 수행하고 있는 의료 행위 중의 하나로 되어 있다. 특히 마취와 관련된 의료행위는 호흡과 순환 조절 등 환자의 생명과 직결된 행위가 많고 다양한 위험성을 내포하고 있어서, 적법한 환자의 승낙이 필수적이라고 할 수 있다.<sup>2)</sup> 그래서 '마취를 수행하기 전에 환자를 파악하고, 마취에 대해 환자와 보호자에게 설명하고, 동의를 얻고, 마취 계획을 세우기 위해 마취 전 환자방문을 시행한다'라고 교육시키고 있다. 그렇지만, 실제로 이러한 의료 행위를 적절히 수행하지 못하는 경우가 있는 듯하다. 마취에 대한 설명과 동의 절차가 전혀 없는 경우도 있고, 외과 의사가 수술 동의를 받는 과정에서 '마취로 인한 사망 가능성이 있다' 정도의 설명으로 이루어지는 등 제대로 이루어지지 않고 있는 것이 우리나라 몇몇 병원에서의 현실이라고 생각된다. 그래서 우리나라에서 마취동의서 작성 비율에 대해 조사한 논문을 찾아보았으나 적절한 것

논문접수일 : 2004년 8월 20일

책임저자 : 안원식, 서울시 종로구 연건동 28

서울대학교병원 마취통증의학과, 우편번호: 110-744

Tel: 02-2072-3087, Fax: 02-745-5589

E-mail: aws@snu.ac.kr

을 발견할 수 없었고, 다만, 우리나라에서 마취동의에 관한 실태를 조사한 10년 전의 논문에서 마취동의서를 받을 경우 어떤 내용이 포함되고 있는지를 조사하였을 따름이다.<sup>1)</sup> 이에 우리나라 병원에서 시행되고 있는 마취 동의 행위에 대해 알아보고자 마취 전 환자 방문과 마취동의서 작성의 실태를 조사하고 이와 함께 서면 동의 절차가 제대로 이루어지지 않는 이유와 해결 방안의 모색이 본 연구의 목적이다.

**대상 및 방법**

대한마취과학회 기간 중에 회원(준회원 포함)에게 설문지를 나눠주고 설문을 작성하도록 하였다. 설문에는 작성자의 직위(전공의 저년차, 고년차, 전문의), 소속 병원의 규모, 마취 전 환자방문의 필요성 여부와 그 이유, 마취동의서의 필

요성 여부, 마취동의서를 받고 있는 비율, 특정환자에서 마취동의서를 받는 경우 그 이유, 마취동의서를 받지 않는 경우 그 이유, 마취동의서를 받을 수 있는 환경 조성에 필요한 조건 등이 포함되어 있었다.

상기 설문 조사를 토대로 마취 전 환자 상태 평가의 필요성 인식 정도, 필요하다고 생각한다면 그 이유, 마취동의서의 필요성 인식 정도, 마취동의서를 받는 현황, 마취동의서를 받은 경우 그 이유, 마취동의서를 받지 않은 경우 그 이유, 마취동의서를 받기 위해 필요하다고 생각하는 조건에 대해, 직위, 근무하는 병원의 규모, 병원의 종류에 따른 응답을 기술하고 각각의 차이를 분석하였다.

통계는 독립성 검정시 카이제곱 검정을 사용하였고, 유의수준은 0.05를 채택하였다. 통계 프로그램은 SAS 8.1을 사용하였다.

**결 과**

**Table 1.** Demographic Data of Responders

		Number of responders	Percentage (%)
Grade	Junior resident	61	32.6
	Senior resident	39	20.8
	Specialist	87	46.6
Size of hospital (beds)	≤500	20	10.6
	>500	167	89.4
Type of hospital	University hospital	157	83.9
	General hospital	28	14.9
	Private hospital	2	1.2
Total		187	100

본 연구는 설문에 응답한 마취과 의사 187명의 설문지를 대상으로 분석하였다. 이들을 직위별로 구분해 보면 전공의 2년차 이하가 61명(32.6%), 3, 4년차가 39명(20.8%), 전문의는 87명(46.6%)이었다. 재직하고 있는 병원을 병상 규모별로 구분해 보면, 500병상 이하에서 근무하는 경우가 20명(10.6%), 500병상 이상에서 근무하는 경우가 167명(89.4%)이었다. 병원 종류별로 구분했을 경우 2명(1%)만 개인병원에 근무하였고, 대학병원에 근무하는 응답자가 157명(84%), 종합병원에 근무하는 응답자가 28명(15%)이었다(Table 1).

설문 응답자의 대부분이 직책, 병상 규모, 병원의 종류와 관계없이 약 90%에서 마취 전 환자 방문이 필요하다고 응답하였으며, ‘꼭 필요하다’고 응답한 비율은 전문의로 갈수

**Table 2.** The Degree of Necessity of Preoperative Visit

		Number of responders (%)			
		Very necessary	Moderately necessary	Not necessary	Never necessary
Grade	Junior resident	21 (34.43)	34 (55.74)	6 (9.84)	0 (0)
	Senior resident	20 (51.28)	14 (35.90)	2 (5.13)	3 (7.69)
	Specialist	68 (78.16)*	17 (19.54)	2 (2.30)	0 (0)
Size of hospital (beds)	≤500	14 (70.00)	4 (20.00)	1 (5.00)	1 (5.00)
	>500	95 (56.89)	61 (36.52)	9 (5.39)	2 (1.20)
Type of hospital	University hospital	92 (58.6)	55 (35.03)	8 (5.10)	2 (1.27)
	General hospital	16 (57.14)	9 (32.14)	2 (7.14)	1 (3.57)
	Private hospital	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)
Total		109 (58.29)	65 (34.76)	10 (5.35)	3 (1.60)

\*Specialist's necessity of preoperative visit is higher than that of residents (P < 0.05).

**Table 3.** The Reason of Preoperative Visit

		Number of responders (%)		
		(1)	(2)	(3)
Grade	Junior resident	54 (46.15)	38 (32.48)	25 (21.37)
	Senior resident	33 (43.42)	24 (31.58)	19 (25.00)
	Specialist	80 (35.87)	79 (35.43)	64 (28.70)
Size of hospital (beds)	≤500	16 (34.78)	16 (34.78)	14 (30.43)
	>500	151 (40.81)	125 (33.78)	94 (25.41)
Type of hospital	University hospital	140 (40.00)	119 (34.00)	91 (26.00)
	General hospital	25 (40.32)	21 (33.87)	16 (25.81)
	Private hospital	2 (50.00)	1 (25.00)	1 (25.00)
Total		167 (40.14)	141 (33.89)	108 (25.96)

(1): For setting up an adequate plan for the patient, (2): For reducing the patients' anxiety, (3): For preventing medico-legal conflict. Multiple responses were allowed.

**Table 4.** The Degree of Necessity of the Informed Consent for the Anesthesia Practice

		Number of responders (%)			
		Very necessary	Moderately necessary	Not necessary	Never necessary
Grade	Junior resident	13 (21.31)	26 (42.62)	18 (29.51)	4 (6.56)
	Senior resident	13 (33.33)	16 (41.03)	6 (15.38)	4 (10.26)
	Specialist	43 (49.43)*	38 (43.68)	6 (6.90)	0 (0)
Hospital size (beds)	≤500	9 (45)	8 (40)	2 (10)	1 (5)
	>500	60 (35.93)	72 (43.11)	28 (16.77)	7 (4.19)
Hospital	University hospital	53 (33.76)	69 (43.95)	28 (17.83)	7 (4.46)
	General hospital	15 (53.57)	10 (35.71)	2 (7.14)	1 (3.57)
	Private hospital	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)
Total		69 (36.90)	80 (42.78)	30 (16.04)	8 (4.28)

\*Specialist's necessity of the informed consent is higher than that of residents (P < 0.05).

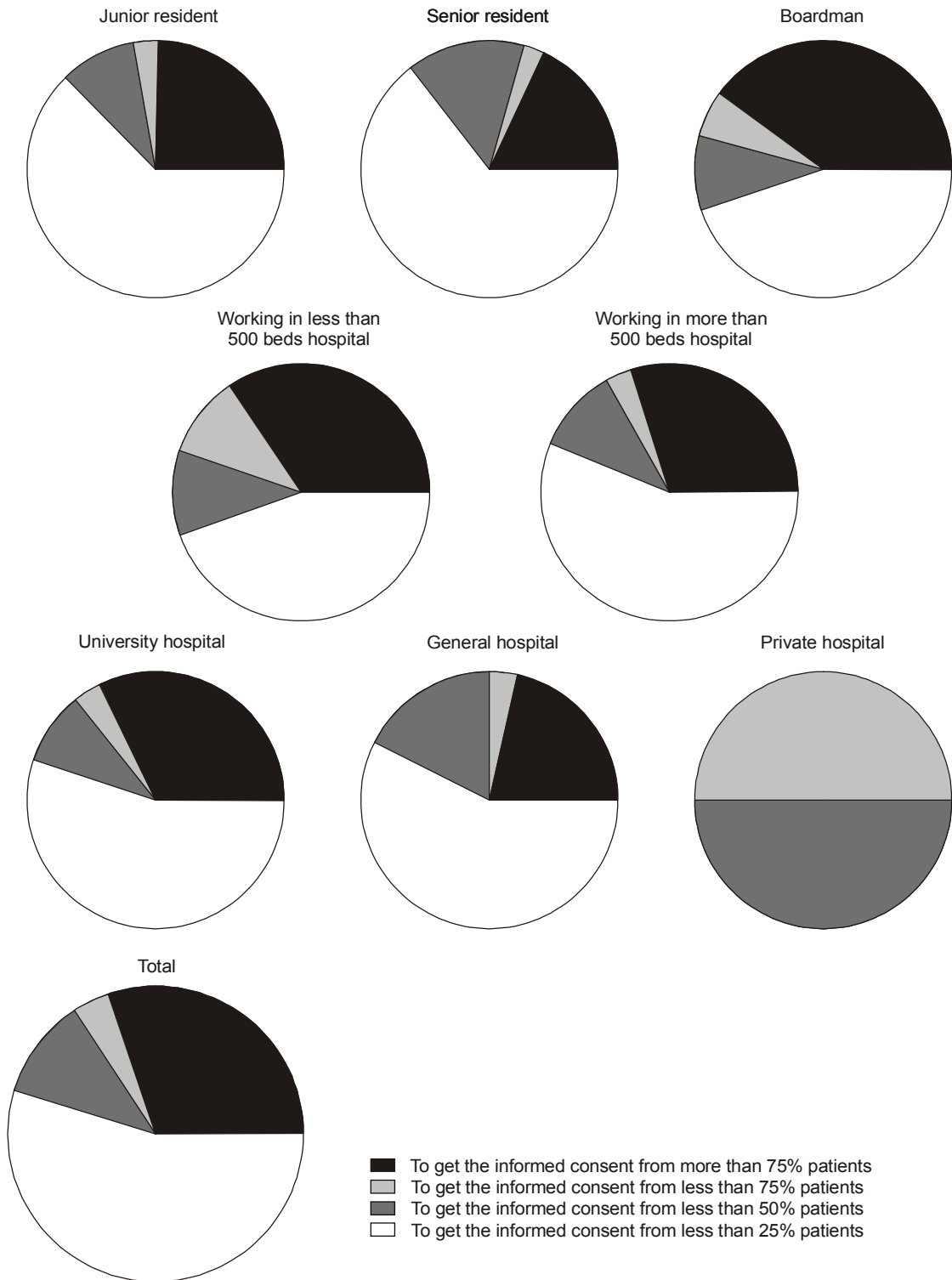
록 높아졌다(P < 0.05) (Table 2). 마취 전 환자방문이 필요한 이유에 대해서는 복수응답이 가능하였는데, 환자에 대한 마취 계획을 미리 세울 수 있다는 것이 가장 큰 이유였고, 마취에 대한 환자의 불안감 감소, 법적 문제가 발생했을 경우 환자와 미리 형성된 관계의 중요성 등이 다음 이유로 지적되었고, 이들 간에 직책, 병상 규모, 병원 종류에 따른 유의한 차이는 없었다(Table 3).

마취동의서의 필요성에 대해서는 응답자 중 149명(79.6%)이 필요하다고 인식하였다. 직책별로는 전문의로 갈수록 필요성을 더 인식하였으며, 전문의인 경우 '꼭 필요하다'고 응답한 비율이 더 높았다(P < 0.05). 병상의 규모 면에서는 500병상 이하의 병원에서, 대학병원보다는 종합병원에서 필요하다고 응답한 비율이 더 높았으나, 병상 규모별 그리고 병원 종류별로 분석시 마취동의서 필요성의 정도는 통계적

으로 유의한 차이는 없었다(Table 4).

응답자 중 마취 동의서를 75% 이상의 환자에서 받고 있는 경우는 30% 정도에 불과했고, 담당 마취환자의 25% 이하에서 마취동의서를 받는 경우가 50%를 넘었다. 동의서를 거의 안 받는 경우(25% 이하)는, 저년차, 500병상 이상의 병원, 대학병원과 종합병원 모두에서 그 비율이 높았으며 마취동의서를 받는 정도의 직책별, 병상규모별 통계적 유의한 차이는 없었다(Fig. 1).

마취동의서를 받는 경우 가장 많은 이유가 환자의 상태가 안 좋은 경우 위험성이 증가하기 때문에 이에 대한 설명이 필요하기 때문이라고 응답하였고, 윤리적 또는 법적 필요성에 의해 동의서를 받아야 한다고 생각하거나, 의사로서의 설명의 의무가 있기 때문이라고 생각하는 경우 등을 그 다음으로 지적하였다(Table 5). 마취동의서를 받지 않는



**Fig. 1.** The status of getting the informed consent for the anesthesia practice. More than half of the responders had received the informed consent from less than 25% of their patients.

**Table 5.** The Reason of Getting the Informed Consent for the Anesthesia Practice

		Number of responders (%)			
		(1)	(2)	(3)	(4)
Grade	Junior resident	42 (45.65)	21 (22.83)	20 (21.74)	9 (9.78)
	Senior resident	22 (42.31)	15 (28.85)	9 (17.31)	6 (11.54)
	Specialist	65 (39.88)	55 (33.74)	40 (24.54)	3 (1.84)
Size of hospital (beds)	≤ 500	14 (43.75)	10 (31.25)	7 (21.88)	1 (3.12)
	> 500	115 (41.82)	81 (29.45)	62 (22.55)	17 (6.18)
Type of hospital	University hospital	107 (40.84)	78 (29.77)	61 (23.28)	16 (6.11)
	General hospital	20 (47.62)	13 (30.95)	7 (16.67)	2 (4.76)
	Private hospital	2 (66.67)	0 (0)	1 (33.33)	0 (0)
Total		129 (42.02)	91 (29.64)	69 (22.48)	18 (5.86)

(1): Due to poor patient's condition, (2): Due to ethical and/or legal necessity, (3): To do the duty of explanation as a doctor, (4): Due to the order of the supervisor. Multiple responses were allowed.

**Table 6.** The Reasons Why Anesthesiologists didn't Get the Informed Consent for Their Practice

		Number of responders (%)			
		(1)	(2)	(3)	(4)
Grade	Junior resident	21 (40.38)	8 (15.38)	10 (19.23)	13 (25.00)
	Senior resident	19 (48.72)	4 (10.26)	10 (25.64)	6 (15.38)
	Specialist	25 (40.98)	4 (6.56)	12 (19.67)	20 (32.79)
Size of hospital (beds)	≤ 500	8 (53.33)	2 (13.33)	1 (6.67)	4 (26.67)
	> 500	57 (41.60)	14 (10.22)	31 (22.63)	35 (25.55)
Type of hospital	University hospital	50 (39.37)	15 (11.81)	28 (22.05)	34 (26.77)
	General hospital	15 (60.00)	1 (4.00)	4 (16.00)	5 (20.00)
	Private hospital	0	0	0	0
Total		65 (42.76)	16 (10.53)	32 (21.05)	39 (25.66)

(1): Not to have enough time to get the informed consent though they needed its necessity, (2): There was no need to get the informed consent, (3): Because the informed consent does not have a legal validity, (4): Because Anesthesia is a part of an operation procedure, it is adequate for the surgeon to get the informed consent. Multiple responses were allowed.

이유로 가장 많은 수를 차지한 것은 근무 조건상 동의서를 받을 수 있는 시간이 없다는 것이었다. 또한, 마취는 수술의 한 부분으로 생각되어 수술 동의서에 마취에 관한 내용이 포함되어야 한다는 의견과, 동의서가 법적으로 별 효력이 없다고 생각하는 경우도 다수 있었다. 이들 간에 직책별, 병상 규모별, 병원 종류별로 유의한 차이는 없었으나, 시간의 부족이 전공의 고년차, 500병상 이하의 병원, 종합병원에서 더 높은 비율로 지적되었다(Table 6).

응답자의 대부분은 마취 동의서의 필요성에는 동의하지만 현재 받고 있지 못하는 경우가 많았는데, 이것을 개선하기 위해 필요한 조건으로 동의서의 법적 효력 강화를 가장 우선으로 꼽았고, 동의를 받을 수 있는 근무 조건의 개선,

적절한 형식의 규격화된 동의서의 필요를 그 다음으로 지적했다. 직위별로는 전공의 저년차의 경우 근무 조건의 개선을 가장 많이 답변한 반면, 전공의 고년차와 전문의는 동의서의 법적 효력 강화를 개선 조건 중 우선으로 생각하고 있었으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 7).

### 고 찰

이번 설문 조사에서, 마취 동의서의 필요성은 응답자의 대부분이 동의하였고, 그 이유는 위험성을 설명하여 법적 문제 발생시 설명의 의무를 다했다는 것을 증거로 남기기 위함이 가장 큰 응답을 차지했다. 실제로 의료 수요 증가와

**Table 7.** The Necessary Conditions to Get More Informed Consent for the Anesthesia Practice

		Number of responders (%)			
		(1)	(2)	(3)	(4)
Grade	Junior resident	15 (20.55)	27 (36.99)	8 (10.96)	23 (31.51)
	Senior resident	13 (25.49)	16 (31.37)	4 (7.84)	18 (35.29)
	Specialist	37 (29.60)	28 (22.40)	12 (9.60)	48 (38.40)
Size of hospital (beds)	≤500	4 (14.29)	9 (32.14)	3 (10.71)	12 (42.86)
	>500	61 (27.61)	62 (28.05)	21 (9.50)	77 (34.84)
Type of hospital	University hospital	55 (26.70)	58 (28.16)	18 (8.74)	75 (36.41)
	General hospital	10 (24.39)	13 (31.71)	6 (14.63)	12 (29.27)
	Private hospital	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)
Total		65 (26.10)	71 (28.51)	24 (9.64)	89 (35.74)

(1): To make and to use an unified informed consent, (2): To improve working conditions, for example, working time, (3): To set up a new medical practice item and fee for getting anesthetic informed consent, (4): To strengthen the legal validity of the informed consent. Multiple responses were allowed.

신규 의사 배출 증가, 환자의 권리 의식의 증가로 의료 분쟁은 점차 증가하고 있고, 치료 가망이 없는 환자의 퇴원에 대한 유죄 판결을 하는 법조계의 시각이 있는 시점에서, 환자에게 의료 행위를 시행하기 전 동의서를 받는 것은 바뀌어 가는 의사와 환자와의 관계에서 반드시 있어야 할 과정으로 인식되고 있고, 마취에 관한 행위도 예외일 수 없다. 그러나 동의서의 의미는 일반적인 설명과 서명이 아니고, 환자에게 마취의 과정과 발생 가능한 합병증, 부작용을 충분히 설명한 뒤, 정보를 제공받은 환자와 의사가 상호 토의를 거친 후 환자가 의료행위에 동의를 했다는 증거가 남아 있는 것이어야 한다는 점을 생각한다면, 마취동의서의 필요성에 대한 인식은 지금보다 더 높아질 것으로 생각된다.<sup>3,4)</sup> 또한, 동의서 자체보다는 동의를 구하기 위한 과정을 통해 얻어진 환자와의 관계가 실제로는 법적인 문제에 닥쳤을 때 더 중요한 것이라는 문제도 생각해 보아야 할 것이다.<sup>4)</sup> 한편, 이번 조사에서 응답자들이 단순히 법적인 문제만이 아닌 윤리적인 문제나 의사의 설명의 의무를 상당수에서 고려했다는 점은 바람직한 측면이라고 볼 수 있다.

그러나 서론에서 우려했던 바와 같이, 서면화 된 마취동의서를 받는 의사는 실제 소수에 불과한 것으로 조사되었다. 더욱이, 이 설문지의 응답자 중에서 상당수가 마취의사가 참석하지 않은 상태에서 외과의사가 수술 동의서를 받는 과정 중에 마취에 대해 설명하는 경우를 마취동의서를 받고 있다고 응답한 경우가 있다는 점을 고려해 보면, 실제로 마취동의서를 받고 있는 비율은 더욱 낮다고 생각된다. 마취의가 마취 동의서를 따로 받는 것이 필요하다고 생각하지 않는 응답자들이 그 이유로 꼽은 것 중 하나는 마취는 수술의 한 부분으로 그 내용은 수술 동의서에 포함되어야

한다는 것이었다. 그러나, 마취에는 외과의가 실제로 알고 있지 못하는 내용이 많이 포함되어 있고, 마취 약제에 의한 아나필락시스 등 수술과 관련되지 않은 마취 자체의 위험성도 있으며, 최근에는 각종 통증치료와 관련된 시술이나 산과환자들에게 시행하고 있는 무통분만 등 수술과는 관련이 없는 마취통증 자체의 시술도 점차 증가하고 있으므로,<sup>4)</sup> 마취과 의사가 직접 서면동의를 받아야 하는 필요성은 점차 증가하고 있다고 볼 수 있다.

동의서 자체의 법적 효력 여부는 마취 동의서가 필요 없다고 생각하는 응답자와 필요하지만 현재 받고 있지 않는 응답자의 경우에서 모두 문제를 제기했던 부분이다. 그러나, 위에서 언급했던 것처럼 정보의 제공과 환자와의 상호 토의과정이 포함된 동의서 그 자체뿐만 아니라 동의를 구하면서 얻어진 환자와의 관계도 중요하다는 점을 고려한다면,<sup>4,5)</sup> 동의서 자체의 법적 효력의 여부는 동의서의 필요성 여부를 판단하는 기준으로는 적합하지 않은 부분이 있다고 할 수 있다.

마취 동의서를 받을 수 있는 환경의 조성을 위해 필요한 요소로 규격화된 동의서의 필요성을 언급한 응답자도 상당수 있었다. 물론 동의를 받아야 하는 각 항목이 나열된 지침을 만들 필요는 있겠다. 하지만, 동의서의 목적은 환자에게 충분한 정보를 제공해 주고 환자가 그것을 이해하고 일정부분 선택할 수 있도록 하는 것이라고 볼 때,<sup>4,5)</sup> 환자와 서로 토의한 과정이 남아있는 규격화되지 않은 동의서가 더 바람직하다고 하겠다. 따라서, 이런 내용의 서면 동의서를 받기 위해서는 응답자의 반 수 이상이 언급한 법적 효력 강화와 근무조건 개선이 그 필수요소라고 생각할 수 있다. 그리고 본 설문에서는 많은 응답자들이 선택한 항목

은 아니었으나, 마취동의서를 받는 행위에 대한 수가의 신설은 검토해 볼 필요가 있는 항목으로 생각된다. 수술장에서 시행되는 마취의 경우 시간 단위로 수가가 부여되는 것을 고려할 때, 수술장 밖에서 마취과 의사가 환자에게 설명하고 동의를 구하는 의료 행위를 어떤 방식으로든 의료보험료 산정 기준에 기술하고, 시간 소비에 대한 적절한 수가 산정을 책정하는 것이 현행 저수가체계에서 마취동의서 작성률을 높이는 한 방안이 되지 않을까 생각된다.

한편, 본 설문에서는 고려되지 않았으나, 환자가 원하는 적정 수준의 정보가 어느 정도인지 파악하고,<sup>6,7)</sup> 부작용이나 합병증의 발병률에 대해 정확한 정보를 제공하는 것도 마취동의서와 관련하여 생각해야 할 중요한 과제라 하겠다.

이 연구 결과를 토대로 볼 때, 우리나라에서 진료를 수행하고 있는 마취과 의사 중 약 90%가 마취 전 환자 방문이 필요하다고 생각하고 있고, 마취동의서는 약 80%에서 필요하다고 인식하고 있었다. 그러나, 실제 이들 중 반 수 이상은 담당환자 중 25% 이하에서 서면 동의를 받고 있었으며, 75% 이상의 환자에서 동의서를 받는 마취과 의사는 약 30% 정도였다. 이런 실태를 개선하기 위해서는 동의서의 법적 효력 강화와 근무 조건의 개선이 가장 필요한 것으로 조사되었다. 마취동의서를 받는 의미에 대한 교육과 더불어 위에서 제기된 문제들이 개선된다면 향후 우리나라 마취의료의 질적 향상과 마취과 위상의 상향 조정을 이룰 수 있

을 것으로 생각된다.

### 감사의 글

학회 기간 중에 귀중한 시간을 내서 이 설문에 응답해주신 회원 여러분께 감사 드립니다.

### 참 고 문 헌

1. Koo GH: Anesthetic informed consent. Korean J Anesthesiol 1994; 27: 889-99.
2. Kwon MI: The Analysis of 137 anesthesia-related adverse outcome cases in Korea. Korean J Anesthesiol 2004; 46: 83-90.
3. Kim CH: Analysis of the interpretation of supreme court for the duty to physician's explanation and patient's consent, and clinical condition. Korean J Anesthesiol 1997; 32: 427-39.
4. White SM, Baldwin TJ: Consent for anaesthesia. Anaesthesia 2003; 58: 760-74.
5. Dierdorf SF: Anesthesia and informed consent. Curr Opin Anaesthesiol 2002; 15: 349-50.
6. Moores A, Pace NA: The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia. Anaesthesia 2003; 58: 703-7.
7. Farnill D, Inglis S: Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. Anaesthesia 1993; 48: 162-4.