

선호의 인식론에서 본 연명의료결정체계

차현재*

아주대학교 의과대학 인문사회학과의교실, 연구강사

Reconsidering Korea's Life-Sustaining Treatment Decision System Through the Epistemology of Preferences

Hyunjae Cha*

Research Fellow, Medical Humanities & Social Medicine, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea



Received: May 6, 2026
Revised: May 26, 2026
Accepted: Jun 1, 2026

*Corresponding author

Hyunjae Cha
Research Fellow, Medical Humanities
& Social Medicine, Ajou University
School of Medicine, Suwon, Korea
Tel: +82-31-219-5470
E-mail: chj4069@aumc.ac.kr

Copyright © 2026 Korean Society for Medical Ethics. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Conflict of interests

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Acknowledgements

Not applicable.

Funding information

Not applicable.

Data availability

Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the corresponding author.

ORCID

Hyunjae Cha
<https://orcid.org/0000-0003-4516-241X>

Abstract

South Korea's life-sustaining treatment decision-making system, despite institutional expansion following legislative reform, continues to face friction in translating patient preferences into clinical reality. Three assumptions underlying the current system warrant reexamination. First, insights from the advance care planning outcomes debate, affective forecasting, and the disability paradox reveal that patient preferences are not stable, predefined objects, but rather an evolving process of formation, reformation, and translation. Second, within Korea's relational decision-making culture, family consensus operates not merely as an external constraint on autonomy but as a medium through which autonomy is shaped; critiques of family-unanimity provisions should therefore focus on the quality of dialogue rather than on the minimization of family involvement. Third, in cases of progressive cognitive decline such as dementia, the temporal authority of precedent autonomy reaches its limit, calling for approaches that accommodate patients' fluctuating capacity. Advance directives should therefore be redesigned from static, one-time documents into iterative, relational dialogues anchored in clinical ethics committees and integrated community care.

Keywords: advance care planning; advance directives; terminal care; personal autonomy; decision making

1. 서론

Kim et al.의 논문은 선호 형성-표현-이행의 연속체를 분석틀로 삼아, 환자의 선호가 임상 현장에서 실제로 이행되기까지의 경로 전반에 구조적 마찰이 존재한다고 진단한다[1]. 의향서 등록이 양적으로 증가하였음에도 연명의료 중단 결정 과정에서 환자 본인의 명시적 의사가 충분히 반영되지 못하고 있으며, 이행 시점을 임종기로 한정하는 현행 법제로 인해 원치 않는 고강도

Author contributions

The article is prepared by a single author.

Ethics approval

Not applicable.

기술이 임종 직전까지 지속되는 현상이 그 단적인 사례이다. 이 분석들은 정책 진단으로서 분명한 설득력을 갖지만, 동시에 선호가 사전에 안정적으로 형성될 수 있고 문서화를 통해 이행 가능하다는 전제 위에서 작동한다. 한국에서는 아직 사전돌봄계획(advance care planning, ACP)에 대한 명료한 합의에 이르지 못했고 표준적 절차도 제시되어 있지 않다. 그렇기에 제도 보완의 방향을 모색하는 이 시점에서, Kim et al.의 논문이 전제하는 선호의 인식론적 위상 자체를 함께 검토할 필요가 있다[1].

이하에서는 다음 세 지점에서 보완 방향을 제안한다. 첫째, 의향서가 담고자 하는 ‘선호’가 과연 사전에 안정적으로 형성·식별될 수 있는 대상인가라는 인식론적 질문이다. 둘째, 가족 합의를 자기결정권의 제약 요인으로 설정하는 분석들이 한국의 관계적 의사결정 문화를 충분히 포착하는가의 문제이다. 셋째, 치매와 같이 능력이 점진적으로 상실되는 경우 사전 자율성의 시간적 권위가 어디까지 유지될 수 있는가의 문제이다. 세 논점은 각기 독립된 문제가 아니라, ‘선호란 무엇이며 어떻게 알 수 있는가’라는 하나의 인식론적 질문이 형성·관계·시간이라는 세 축에서 전개된 것이다.

II. 선호는 사전에 형성될 수 있는가

Kim et al.의 논문의 기축이 되는 가정(환자의 선호가 사전에 식별·표현되어 임상 현장에서 이행될 수 있는 안정적 대상이라는)은 정책 분석의 출발점으로서 유용하며, 실제로 원 논문이 의향서 작성률, 가족 합의 비율, 임종기 연명의료 노출 기간 등을 지표로 삼아 ‘선호 이행의 마찰’을 정량화할 수 있었던 것도 이러한 전제 덕분이다[1]. 다만 ACP에 관한 지난 15년의 국제 학계 논의는, 선호의 사전 안정성이라는 이 가정에 점차 비판적 거리를 두어 왔다.

Sudore & Fried는 2010년 ACP의 목적을 재개념화할 것을 제안했다[2]. ‘사전에 결정하는 것’에서 ‘그 순간(in-the-moment)의 결정에 환자·대리인·의료진이 함께 참여할 수 있도록 준비시키는 것’으로의 전환이다. 즉, ACP가 미래의 결정을 미리 내리는 것이 아니라, 결정이 실제로 이루어지는 순간에 모두가 잘 대응할 수 있도록 준비하는 과정이라는 인식의 전환이다.

이러한 전환 위에서 2021년을 전후하여 본격화된 ACP 논쟁도 주목할 만하다. Morrison et al.은 의향서 작성률을 중심 지표로 본다면, 30여 년의 ACP 연구가 임종기 의료의 질 개선으로 일관되게 이어지지 못했다고 진단했다[3]. 비슷한 시기 McMahan et al.은 ACP의 성과를 의향서 작성 여부 같은 종래의 지표가 아니라 준비도, 자기효능감, 소통 만족도, 대리인의 부담 감소(불안, 우울 등)를 포함하는 한층 넓은 틀로 재구성할 필요가 있다고 정리했다[4]. 두 입장은 ACP를 어떻게 정의·측정할 것인가를 둘러싸고 갈리지만, AD(advance directives) 작성률 중심의 종래 평가 틀이 한계에 부딪혔다는 인식을 공유하며, 환자의 사전 진술이 미래 자아의 결정을 예측하기보다는 결정의 재료를 제공하는 측면에 가깝다는 함의를 함께 시사한다. 이러한 회의의 인식론적 근거로는 두 가지가 거론된다.

하나는 정서적 예측 오류(affective forecasting)로, 사람들이 미래의 질병이나 장애가 가져올 고통을 실제보다 과대추정하고 적응 능력을 과소평가하는 경향이며[5], 다른 하나는 장애 역설(disability paradox)로, 건강한 사람이 만성 투석·인공항문·휠체어 사용 등의 정서적 영향을 과대추정하는 반면 실제 환자의 주관적 안녕감은 그보다 높게 보고된다는 발견이다[6]. 두 발견을 함께 놓고 보면, 의향서에 기록된 ‘회복 가능성이 없는 상태에서 연명의료를 받

www.kci.go.kr

지 않겠다'는 진술은 건강한 자아가 상상한 미래의 고통에 대한 반응이며, 그 상상이 체계적 오차를 포함할 가능성이 존재한다.

Appendix 6의 '개인화된 사전연명의료의향서' 제안은 이런 의미에서 주목할 만한 시도이다. 시술별 선택, 입종 장소·돌봄 방식, 가치관, 의료결정 대리인 지정, 자유 서술 공간, 정기 갱신 등의 도입은 의향서를 일회적 결정의 기록에서 지속적 대화의 출발점으로 이동시키려는 방향성을 담고 있다. 그러나 서식의 세분화는 그 자체로 사전돌봄계획(ACP)과 동일시될 수 없다. 항목이 아무리 정교하게 분화되더라도, 환자가 서식을 작성하는 순간에 선호가 이미 안정적으로 형성되어 있다는 전제는 그대로 유지되기 때문이다. 앞서 살펴본 정서적 예측 오류와 장애 역설은 바로 이 전제에 근본적인 의문을 제기한다. 따라서 서식의 보완이 실질적 효과를 가지려면, 선호는 명시될 수 있다는 가정 자체를 더 유연하게 재구성하는 작업이 병행되어야 한다. 즉 ACP는 의향서 서식의 확장으로 완성되는 것이 아니라, 질환의 궤적에 따라 환자의 가치관을 반복적으로 탐색하고 갱신하는 구조화된 임상적 대화(선호 형성·재형성·변역의 과정)으로 재정의될 때 비로소 그 취지를 실현할 수 있을 것이다.

이러한 전환의 구체적 모델은 해외 사례에서 찾을 수 있다. PREPARE for Your Care는 의향서 작성 자체를 다섯 단계의 사전 준비 과정으로 재배열한다[7]. 의료대리인 선택, 삶에서 중요한 것의 확인, 대리인에게 부여할 결정 유연성의 설정, 가족·의료진에게 의사 전달, 의료진에게 질문하기가 그 단계다[7]. 이 다섯 단계는 이미 완성된 선호를 기록하는 절차가 아니라, 구조화된 성찰과 대화를 통해 선호를 구성해 나가는 과정 자체이다. 특히 대리인에게 부여할 결정 유연성을 설정하는 단계는 선호의 불완전성과 미래의 불확실성을 제도 설계 안에 정면으로 수용한 장치이다.

한편 1990년대 위스콘신주 Gundersen Health System에서 시작된 Respecting Choices 모델은 ACP를 생애주기에 따라 세 단계로 운영한다. 건강한 성인을 대상으로 기본 가치를 탐색하는 first steps, 만성질환 진행 단계에서 구체적 치료 목표를 설정하는 next steps, 말기 환자를 대상으로 임종기 의료 계획을 구체화하는 advanced steps가 그것이다[8]. 이 단계적 구조는 선호가 질환의 진행에 따라 달라질 수 있다는 인식을 제도 설계에 직접 반영한 것으로, 선호를 고정된 실체가 아니라 맥락에 따라 갱신되는 과정으로 다루는 접근의 실천적 구현이라 할 수 있다. 특히 next steps 단계에서는 대리인과의 심층 대화를 통해 치료 목표를 세분화함으로써, 선호의 구성이 개인의 성찰을 넘어 관계 속에서 이루어지도록 설계되어 있다.

III. 가족 합의는 이행의 제약인가, 형성의 매개인가

원 논문의 두 번째 핵심 진단은 가족 전원합의 조항이 자기결정권 실현의 제약으로 작동한다는 것이다. 연명의료 중단 결정 가운데 환자 본인의 명시적 의사에 따른 비율이 여전히 절반 수준에 머물러 있고 나머지 절반은 의사표현이 불가능한 상황에서 대체로 가족이 결정하고 있다는 진단은 이 분석틀을 강력히 뒷받침한다.

다만 가족의 개입을 일률적으로 외적 제약으로 범주화하는 분석틀은 한국의 맥락에서 또 다른 한계를 가질 수 있다. 관계적 자율성(relational autonomy) 논의는 이 위험을 가늠하는데 유용한 자원을 제공한다. Mackenzie & Stoljar 이래의 페미니즘 윤리학은 자율성을 진공속 개인의 속성이 아니라 관계망 속에서 형성·유지되는 능력으로 재정의해 왔다[9].

이 관점에서 자율성은 관계로부터 독립하여 존재하는 것이 아니라, 특정한 관계적 조건이

갖추어질 때 비로소 가능해지는 것이다. 자아는 타인과의 상호작용 속에서 자신의 가치를 확인하고, 선호를 형성하며, 결정의 언어를 획득한다. 따라서 자율 대 가족의 이분법은 자율의 형성 조건으로서의 관계망을 비가시화하는 오류를 범할 수 있다. 즉 관계적 자율성의 시각에서 보면, 제도 설계의 과제는 가족을 의사결정에서 배제하는 것이 아니라, 가족 관계가 환자의 자율적 선호 형성을 억압하지 않고 오히려 지지할 수 있는 구조적 조건을 만드는 것이다.

환자·가족·의사·일반인을 대상으로 한 한국 다기관 조사에서 ‘가족에게 부담이 되지 않기’는 생애말기 선호와 유의미하게 연관된 가치로 확인되었다[10]. 이 가치는 단순한 외부 압력으로 환원되지 않으며, 한국 사회에서 자아가 형성되는 관계적 결의의 일부이며, 자율성 자체가 가족이라는 관계 안에서 매개된다는 점을 시사한다. 따라서 한국에서 가족 합의는 일률적 제약이라기보다 관계의 질에 따라 제약이 되기도, 매개가 되기도 하는 양가적 장치가 될 수 있다.

유사한 동아시아 문화권의 제도에서도 이러한 인식이 드러난다. 다만 ‘병인자주권리법(Patient Right to Autonomy Act, PRAA)’은 사전결정(advance decision)을 작성하려면 환자가 의료팀과 가족 1인 이상이 동석한 ACP 상담을 의무적으로 거치도록 규정한다[11]. 일본 후생노동성의 ‘인생 최종 단계 의료·돌봄 결정 과정 가이드라인’ 역시 일회성 서식이 아닌 본인·가족 등·의료케어팀의 반복적 대화를 핵심으로 삼는다.

이 비교가 시사하는 정책 방향은 비교적 분명하다. 가족 전원합의 조항에 대한 비판은 가족 개입의 최소화가 아니라 가족 내, 그리고 가족-환자-의료진 사이의 대화의 질 제고로 정교화될 필요가 있다. Kim et al.의 논문이 정책 제안의 일부로 의료결정 대리인(proxy) 제도 도입을 거론한 것은 이 방향의 의미 있는 출발점이다. 다만 대리인 지정만으로는 충분하지 않다. 대리인이 환자의 가치와 일관된 결정을 내릴 수 있도록 사전에 충분한 대화의 시간과 의료진의 안내가 함께 마련되어야 한다.

이러한 대화의 구조를 임상 현장에서 제도적으로 뒷받침하기 위해서는 기존 기구의 기능 재편이 함께 이루어져야 한다. 이 맥락에서 의료기관윤리위원회의 역할 재정의가 검토될 필요가 있다. 국내 선행 논의에서도 이미 윤리위원회의 기능이 서식 적합성 검토자에서 임상윤리서비스 제공자로 확장되어야 한다고 제안된 바 있다[12].

역할 재정의는 단계적으로 검토될 수 있다. 우선 기존 위원회 내에서 ACP 상담 역량을 갖춘 인력을 확보하고, 이를 토대로 갈등 발생 이전 단계의 대화 지원 기능을 점진적으로 확장해 나가는 방향이 현실적일 것이다. 중장기적으로는 위원회의 기능을 사후적 심의에서 선제적 임상윤리 지원으로 전환하는 것을 목표로 삼을 수 있다. 다만 이는 명칭이나 규정의 변경만으로 가능한 일이 아니며, 자문 역량을 갖춘 인력의 양성과 기관 간 연계 체계 등 여러 제도적 조건이 함께 갖춰질 때 비로소 실효성을 가질 것이다.

IV. 점진적 능력 상실과 사전 자율성의 한계

지금까지의 논의는 환자가 결정 시점에 의사결정 능력을 비교적 분명하게 보유하거나, 능력 상실이 임종기에 비교적 급격히 일어나는 사례를 암묵적 모델로 삼아 왔다. 그러나 능력이 점진적으로 상실되는 사례, 특히 치매의 경우 이 전제는 충분히 작동하지 못한다. 과거 능력을 보유하던 시점에 작성된 의향서가 능력이 일부 상실된 현재 자아에 대해 어디까지 권위를 가질 수 있는가 — 이른바 사전 자율성(precedent autonomy)의 시간적 권위 문제가 이 지점에서 제기된다. 2024년 말 이미 초고령사회에 진입한 한국에서 이러한 사례는 연명의료결

www.kci.go.kr

정체계가 이미 직면한 영역이며, 사전 자율성 모델이 가장 큰 도전을 받는 자리이기도 하다.

Dworkin은 자율성의 핵심을 ‘자기 삶을 일관된 서사로 빚어내는 능력’으로 파악하고, 능력 보유 시점의 비판적 이익(critical interests)이 능력 상실 이후의 경험적 이익(experiential interests)보다 도덕적으로 우선한다고 주장했다. 이 입장은 사전 안락사 지지나 사전 연명의료 거부 시간을 가로질러 갖는 권위를 정당화하는 강력한 논변이다. 그러나 Dresser는 이 논변에 대해 두 갈래의 비판을 제기했다[13]. 첫째, 인지가 손상되어 새로운 패턴의 자아가 출현했다면, 이전 자아의 결정이 어떤 자격으로 현재 자아를 지배하는가. 둘째, 현재 안락하게 살아가는 환자에게 과거 자아의 거부 의사를 강행하는 것은 과도한 개입이 될 수 있다. 즉 이 비판은 사전 자율성의 시간적 권위가 어디까지 유효한가를 묻는 것이다.

Jaworska는 이 긴장을 해소할 중도를 제안했다[14]. 자율의 핵심이 복잡한 결정 능력이 아니라 가치를 부여하는 능력(capacity to value)에 있다는 것이다. 알츠하이머 환자는 일관된 미래 계획을 세우지 못할 수 있다. 그러나 자신이 무엇을 좋게 여기는지(타인을 돕는 일, 자신의 역할에 대한 자부심, 소중한 관계 등)를 표현하는 능력은 상당 부분 보존된다. 따라서 자율성 존중은 과거 자아의 비판적 이익에만 묶이지 않고, 현재의 가치 능력으로도 향해야 한다. Lindemann은 이를 정체성의 차원으로 확장한다[15]. 정체성은 본질적으로 관계적·서사적이며, 가족과 돌봄 제공자가 환자의 정체성을 붙들어줌(holding)으로써 인격성이 유지된다. 인지가 손상된 사람도 도덕적 행위자로서의 자리를 잃지 않는다는 것을 보여주는 작업이다.

이 지점에서 UN 장애인권리협약(United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) 제12조가 표방하는 ‘지원 의사결정(supported decision-making)’ 접근이 중요해진다[16]. SDM(shared decision making)은 능력의 유무를 이분법적으로 판정하기보다, 능력의 변동(dynamic capacity)을 전제로 의사결정을 지원하는 관계적 구조를 제도화하는 접근이다. 환자가 의사결정의 주체로 남되, 의사소통 지원·정보 전달·반복 확인 등 다양한 형태의 지원을 받는 모델이다.

이 접근은 한국의 현행 제도에 두 가지 구체적 개입 지점을 시사한다. 첫째, 의향서 작성과정기 갱신 시점에 환자의 인지 능력 변동을 평가하고 그에 맞춘 의사결정 지원을 결합하는 절차다. 단순히 작성 여부를 확인하는 행위에서, 환자의 현재 가치 능력을 함께 확인하고 갱신하는 대화로 이동하는 작업이다. 둘째, 능력 상실 이후에도 환자가 지속적으로 표현하는 가치 지향적 반응(특정 활동에 대한 일관된 선호, 자신의 역할에 대한 자부심, 소중한 관계에 대한 반응 등 단순한 쾌불쾌의 반응을 넘어서는 표현)을 의사결정 자료로 함께 고려하는 일이다.

다만 중증 인지 저하가 상당히 진행된 단계에서는 이러한 가치 지향적 반응 자체가 표출되지 않거나, 표출되더라도 그 의미의 해석이 지나치게 불확실해지는 경우가 불가피하게 발생한다. 이 공백을 현재의 반응만으로 메우는 데에는 임상적·윤리적 한계가 따른다. 이 지점에서 실질적 대리인의 역할이 전면으로 부상한다. 여기서의 대리인은 단순한 법정 대리인에 그치지 않으며, 환자의 평소 가치관과 생애 맥락을 깊이 이해하는 주체로서 환자가 남긴 발언, 행동 방식, 소중하게 여기던 관계 등의 서사적 흔적 등을 종합하여 환자의 선호를 맥락적으로 재구성하고 대변할 수 있어야 한다. 즉 대리인의 기능은 의사의 단순한 전달자가 아니라 환자의 가치를 임상 언어로 번역하는 해석자로 확장될 필요가 있다.

추가적으로, 검토 사항으로 제시된 ‘의향서 작성자에 대한 건강검진 항목 확대 또는 건강보험료 인하 인센티브’에는 신중한 우려를 표하지 않을 수 없다. ACP의 비용 효과를 다룬 한 체계적 문헌고찰은 ACP가 평균적으로 의료비를 줄이는 효과가 보고된다는 점을 정리하면서도, 비용 절감이 ACP의 명시적 목적이 되는 순간 의사소통의 무결성이 위협받고 환자 자율성이


사실상 부당한 영향으로 변질될 수 있다고 경고한 바 있다[17].

즉 인센티브가 작성 행위 자체에 부여되는 한, 작성률 상승이라는 가시적 성과는 작성의 질과 진정성에 대한 책임을 지우지 못한다. 보호 장치였던 의향서가 유도 장치로 인식되는 순간, 그것이 보호하고자 했던 자기결정권 자체를 역설적으로 훼손하는 결과를 낳을 수 있다.

V. 결론

이상의 검토는 일관된 방향을 시사한다. 의향서는 환자 선호를 사전에 고정하는 일회적 서식이 아니라, 변화하는 자아와 관계망이 함께 참여하는 반복적 대화의 매개로 재설계되어야 한다. 선호는 사전에 안정적으로 식별되는 대상이 아니라 형성·재형성·갱신의 과정이며, 가족은 자기결정권의 외적 제약이 아니라 자율성이 매개되는 관계망이고, 사전 자율성은 절대적 권위가 아니라 능력의 변동 속에서 끊임없이 재해석되는 권위다.

이러한 인식 전환은 세 가지 정책 방향으로 이어질 수 있다. 첫째, 현행 서식에 더해 관계적 ACP 도구의 도입이 검토될 수 있다. PREPARE for Your Care나 영국 ReSPECT와 같이, 사전 결정의 고착화를 피하고 결정을 형성하는 관계망에 방점을 둔 모델이 참고가 될 수 있다. 둘째, 가치 중심의 지원 의사결정을 가족 동석 ACP 상담과 결합하는 한국형 모델이 검토될 수 있다. 정기 갱신과 의료진 매개를 동반하는 과정으로 의향서를 재설계하되, 가족이 부재한 환자와 무연고자에 대한 안전망도 함께 정비되어야 한다. 셋째, 정책 설계의 강조점을 자율적 개인의 사전 선택에서 관계적 의사결정으로 옮기는 작업이 필요하다. 의료기관윤리위원회의 기능을 대화 촉진과 갈등 조정으로 재정의하고, 호스피스·완화의료 확충과 지역사회 돌봄 연계를 강화하는 것도 주요한 방안이 될 것이다.

결국 생애말기 의료에서 환자의 자기결정권을 실질화하는 작업은 두 층위의 과제를 동시에 요구한다. 임상 현실을 정확히 진단하고 제도적 마찰을 줄이는 작업이 하나이며, 그 진단의 토대가 되는 선호의 인식론적 위상을 함께 점검하는 작업이 다른 하나다. 

REFERENCES

1. Kim T, Han E, Lee I, et al. Advance formation and barriers to implementing end-of-life preferences: policy challenges for South Korea's life-sustaining treatment system. *Korean J Med Ethics* 2026;29(2):49-64.
<https://doi.org/10.35301/ksme.2026.29.2.49>
2. Sudore RL, Fried TR. Redefining the “planning” in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Ann Intern Med* 2010;153(4):256-261.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00008>
3. Morrison RS, Meier DE, Arnold RM. What's wrong with advance care planning? *JAMA* 2021;326(16):1575-1576.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.16430>
4. McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Deconstructing the complexities of advance care planning outcomes: what do we know and where do we go? A scoping review. *J Am Geriatr Soc* 2021;69(1):234-244.
<https://doi.org/10.1111/jgs.16801>
5. Halpern J, Arnold RM. Affective forecasting: an unrecognized challenge in making serious health decisions. *J Gen Intern Med* 2008;23(10):1708-1712.

- <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0719-5>
6. Ubel PA, Loewenstein G, Schwarz N, et al. Mismagining the unimaginable: the disability paradox and health care decision making. *Health Psychol* 2005;24(4 suppl):S57-S62.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S57>
 7. Sudore RL. PREPARE for YOUR Care [internet]. University of California, San Francisco; 2013 [cited 2026 Apr 29].
<https://prepareforyourcare.org>
 8. Respecting Choices. History of respecting choices [internet]. Respecting Choices; 2023 [cited 2026 Apr 29].
<https://respectingchoices.org/about-us/history-of-respecting-choices/>
 9. Mackenzie C, Stoljar N. Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self. Oxford University Press; 2000.
 10. Yun YH, Kim KN, Sim JA, et al. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ Open* 2018;8(9):e020519.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020519>
 11. Laws & Regulations Database of The Republic of China (Taiwan). Patient Right to Autonomy Act]. (Jan. 6, 2019).
 12. Lee I. Perspective on patient end-of-life decision act and clinical ethics service. *J Korean Bioethics Assoc* 2017;18(1):35-45.
 13. Dresser R. Dworkin on dementia: elegant theory, questionable policy. *Hastings Cent Rep* 1995;25(6):32-38.
<https://doi.org/10.2307/3527839>
 14. Jaworska A. Respecting the margins of agency: Alzheimer's patients and the capacity to value. *Philos Public Aff* 1999;28(2):105-138.
<https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1999.00105.x>
 15. Lindemann H. Holding one another (well, wrongly, clumsily) in a time of dementia. *Metaphilosophy* 2009;40(3-4):416-424.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9973.2009.01592.x>
 16. Peterson A, Karlawish J, Largent E. Supported decision making with people at the margins of autonomy. *Am J Bioeth* 2021;21(11):4-18.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1863507>
 17. Klingler C, in der Schmitten J, Marckmann G. Does facilitated advance care planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliat Med* 2016;30(5):423-433.
<https://doi.org/10.1177/0269216315601346>