

慢性閉塞性肺疾患患者における休息姿勢の選択傾向と主観的有効性
Trends and subjective efficacy in patients with resting posture selection
chronic obstructive pulmonary disease.

松本 直人

(専門学校東京医療学院理学療法学科)

長田 久雄

(桜美林大学大学院老年学研究科)

新野 直明

(桜美林大学大学院老年学研究科, 桜美林大学加齢・発達研究所)

要旨

慢性閉塞性肺疾患は診断患者の約8割を65歳以上の患者が占める高齢者の疾患である。慢性症状である喀痰と咳に加え息切れが主要症状のひとつであり、高齢患者では日常生活における息切れ増悪の危険性が高い。本調査では息切れの対処方法としての休息姿勢に着目し、主観的有効性を明らかにすることを目的とした。医療機関に入院し症状が安定している高齢男性患者20名を対象とし、理学療法専門書と研究論文から抽出し事前調査で内容的妥当性を確認した7種類の休息姿勢の主観的有効性の有無を測定し、18名(80.0%)が役に立つと回答した。さらに7種類の休息姿勢を3つの姿勢カテゴリーに区分し姿勢選択の傾向を調査し、座位が最も多く選択された。本調査の結果から息切れの対処方法としての休息姿勢の主観的有効性が明らかとなった。

キーワード：慢性閉塞性肺疾患、休息姿勢、主観的有効性。

1. 緒言

慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：以下、慢性閉塞性肺疾患をCOPDと略す）とは慢性気管支炎、肺気腫または両者の併発により惹起される閉塞性換気障害を特徴とする疾患である。

COPDによる閉塞性障害はゆっくりと進行し不可逆的である。閉塞性換気障害は慢性気管支炎による気道病変と肺気腫に起因する肺胞病変とがさまざまに組み合わさって生ずるものとされている。日本呼吸器学会のCOPDガイドラインでは慢性気管支炎は慢性または反復性に喀出される気道分泌物の増加状態で、このような状態が少なくとも2年以上連続し、1年のうち少なくとも3ヶ月以上、大部分の日に認められる病態で、他の肺疾患や心疾患に起因す

るものは除外する。肺気腫は終末細気管支より末梢の気腔が異常に拡大し、肺胞壁の破壊を伴うが、明らかな線維化は認められない病態と定義されている¹⁾。

平成17年厚生労働省患者調査²⁾によればCOPD総患者数は223,000人で男性146,000人、女性78,000人である。COPD患者は他の呼吸器疾患と比べ高齢になるほど多く分布しており、65歳以上の患者数は181,000人で男性121,000人、女性60,000人である。総患者数に占める65歳以上の患者数は181,000人で80.7%である。平成8年厚生労働省患者調査の65歳以上患者数70.3%から、長寿化にともない高齢COPD患者の割合が増加する傾向にある。疾患の原因については総患者数に占める喫煙者の割合が90%以上であるため、喫煙が大きな誘因とされている。また、予後についての我が国の研究では在宅酸素療法適応例で5年生存率が約40%という報告があり^{3) 4)}、一般に年齢が高いほど予後が悪いとされている⁵⁾。さらに、栄養状態や標準体重からみた体重減少は独立した予後因子とされている⁶⁾。

COPDのリハビリテーションでは包括的アプローチが提唱されている。主な指導項目は①禁煙指導および再喫煙の予防、②薬物療法に関する指導、③栄養カウンセリングおよび指導、④運動療法および日常生活指導、⑤心理面の援助、⑥酸素療法である。この包括的アプローチは人的資源や費用の問題から、症状増悪時の入院や教育入院で実施されることがほとんどであり、在宅での継続と効果判定が今後の課題である。

理学療法の具体的介入では上部胸式呼吸の抑制、口すぼめ呼吸および腹式呼吸の指導を中心とした呼吸訓練とその動作応用、効率的呼吸運動と酸素消費量軽減のためのリラクゼーション、息切れ軽減と呼吸仕事量軽減のための胸郭可動域訓練、ストレッチによる柔軟性改善と呼吸体操、呼吸筋筋力強化及び全身調整運動が主な目的となる。それぞれについて実証研究や報告がされているが^{7) ~ 9)}、確定的なコンセンサスが得られていない状況である。運動耐容能と運動負荷では適応禁忌に関するガイドラインが明確に示されており、その根拠となる研究報告も多い^{10) ~ 13)}。日常生活指導やパニックコントロール指導では楽になる姿勢の指導の必要性が指摘されているものの、示されている休息姿勢は1～4枚のイラストや写真資料で紹介の域を出ていない¹⁴⁾。

高齢COPD患者において、日常生活での息切れ発生頻度の増加や息切れの常態化は、QOL (Quality of Life) を低下させる危険性が高い。日常生活での息切れに対する対処能力及び自己管理能力のスキルとして、休息姿勢の実践的活用は不可欠であると考えられる。

理学療法専門書における休息姿勢の紹介は『The Brompton Hospital Guide to Chest Physiotherapy』¹⁵⁾の中で、頭の位置を高くした側臥位 (high side-lying)、テーブルの上におかれたクッションに手と顔を乗せた前傾椅子座位 (forward lean sitting)、両前腕を腿の上に乗せ肘で上半身を支えた椅子座位 (relaxed sitting)、窓枠に両肘をつき上半身を前傾させた立位 (forward lean standing)、背もたれ立位 (relaxed standing) の5つの写真が、呼吸パターンの調整と呼吸仕事量軽減の姿勢として紹介されている。『Tidy's Physiotherapy』¹⁶⁾では頭の位置を高くした側臥位 (high side-lying)、テーブルの上におかれたクッションに手と顔を乗せた前傾椅子座位 (forward lean sitting on table)、両前腕を大腿部に乗せ肘で上半身を支えた椅子座

位 (forward lean sitting on thighs), 背もたれ立位 (backward lean standing), 窓枠などに両肘をつき上半身を前傾させた立位 (forward lean standing) の5つのイラストが息切れ発生時の Relaxation position として紹介されている。さらに背もたれのある椅子にゆったりと座り, 両肩甲帯周囲筋を弛緩させた姿勢を Relaxed position として付け加えている。また『Chest Physical Therapy and Pulmonary Rehabilitation』¹⁷⁾ ではベッドサイドで両肘を大腿部に乗せた端座位 (stool position), ベッドサイドで股関節を開排した座位で両肘を完全伸展し上半身を支えた姿勢 (frog position), ベッド上のあぐら座位で上半身を前傾した姿勢の3つが息切れを軽減する姿勢として紹介されている。さらに『Practical Pulmonary Rehabilitation』¹⁸⁾ では両前腕を腿の上に乗せ肘で上半身を支えた椅子座位 (basic forward lean sitting position), 椅子とテーブルを利用し, 両前腕で上半身を支えた前傾座位 (forward lean sitting position using a support), 高いテーブルまたは窓枠に両前腕を置き, 上半身を支えた前傾立位 (forward lean standing position using a support), 背もたれ立位 (backward lean standing position supported against a wall), 片側肩から壁にもたれた立位 (forward lean standing position supported sideways against a wall), ベッド上で頭を高くした側臥位 (high side lying position) の6つの姿勢が息切れと呼吸仕事量の軽減において有効であるとしている。

休息姿勢に関連する先行研究で横隔膜収縮効率に着目した Heijdra ら¹⁹⁾ の研究は30名の安定期にある COPD 男性患者を対象に仰臥位と座位において横隔膜筋張力の指標である口腔内圧 (最大吸気圧・最大呼気圧) とバルーンを使った経横隔膜圧等を測定した。結果として最大吸気圧は仰臥位より座位で高い値を示し, 経横隔膜圧は座位で仰臥位より低い値を示したことから, COPD 患者では座位が呼息に有利で, 仰臥位が吸息に有利であると報告した。息切れによる努力性換気運動としての頸部副呼吸筋活動と休息姿勢に着目した De Troyer ら²⁰⁾ は重度の COPD で症状安定期にある 40 名を対象に, 仰臥位と座位で針電極筋電図を用いて安静呼吸下で胸鎖乳突筋, 僧帽筋上部線維, 斜角筋の筋活動を測定した。座位では吸気に伴う斜角筋の強い筋活動がすべての対象者で確認されたが, 僧帽筋上部線維の筋活動は4名で確認されなかった。また仰臥位では筋活動がなく, COPD において従来考えられていた頸部副呼吸筋群の筋活動の見解とは異なり, 胸鎖乳突筋と僧帽筋上部線維は仰臥位で活動していないと報告した。健常高齢者を対象とした休息姿勢の研究では, Vitacca ら²¹⁾ のナーシングホームに入所している心臓と肺に疾患をもたない 17 名の高齢者を対象に仰臥位と座位において呼吸機能を比較した研究があり, 結果は仰臥位において努力性肺活量, 最大呼気流量, 1回換気量の減少が明らかになったと報告した。座位の種類に着目した Landers ら²²⁾ は上体をまっすぐにした座位と, 前かがみ座位とで呼吸機能の変化を 14 名の COPD 患者を対象に測定した。2つの座位姿勢において分時換気量, 努力性肺活量, 1秒量, 呼吸数, 心拍数, 動脈血酸素飽和度には大きな差は確認できず, 上体をまっすぐにした座位姿勢の優位性が認められないと報告した。

これまで休息姿勢は息切れの対処方法のひとつとして, その種類と名称が理学療法専門書籍で紹介され研究テーマとしても取り上げられている。また, 明らかに同一姿勢であるにもかかわらず名称や表現が異なるものも散見される。休息姿勢の概念は存在するものの構成する具体

的な姿勢の種類、範疇、定義については統一された見解は得られていない。先述したように先行研究においては特定の姿勢に焦点を当て比較している研究が多いものの、休息姿勢の有効性についての科学的根拠は徐々に明らかになってきている。休息姿勢は高齢COPD患者の息切れ発生時における対処方法として必要不可欠であり、その有効性のさらなる検証は高齢COPD患者のQOL向上に寄与するものであると考える。そこで休息姿勢を「息切れ発生時の症状の軽減を図る目的や、次の動作を開始するまでに休息する目的で利用される姿勢」と操作的に定義し、本調査では高齢COPD患者の休息姿勢の有効性を明らかにする手がかりとするために休息姿勢の選択の傾向と主観的有効性の有無を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 対象

茨城県内においてCOPD患者の治療実績のあるA病院と福岡県の総合病院であるB病院に入院し症状が安定している男性のCOPD患者20名を対象とした。対象者の数はA病院12名、B病院8名であった。調査方法はCOPD患者を担当する理学療法士による調査票を用いた聞き取り調査で、理学療法治療介入の開始前または後の時間を利用した。調査環境は病室またはリハビリテーションセンターとし、疲労が出現している場合や体調が優れない場合は実施しないこととした。本調査は対象者全員に説明文をもとに口頭で研究の趣旨、調査方法、調査への参加協力の自由意志と拒否権、プライバシー及び個人情報の保護について説明し同じ内容の協力依頼書を手渡した。同意については調査にご協力頂いたことをもって同意を得たものとした。

2) 調査・測定項目

(1) 基本属性

年齢、身長、体重を調査した。

(2) 休息姿勢の有無と修得方法

息切れ発生時に利用する休息姿勢の有無について調査した。また、その姿勢の認識及び修得方法について経験的修得、指導及び啓発、その他として調査した。

(3) 休息姿勢の選択傾向

調査者が設定した7種類の休息姿勢をイラストで提示し、対象者が休息姿勢（息切れ発生時に症状軽減のためにとる姿勢）として指し示したものを理学療法士が○印で囲む方法で、各姿勢の選択傾向を調べた。

具体的な7種類の休息姿勢は、頭を高くした側臥位（A姿勢）、前傾正座位（B姿勢）、テーブルを利用し両前腕で上半身を支えた前傾椅子座位（C姿勢）、背もたれ椅子座位（D姿勢）、両前腕を大腿の上に乗せ肘で上半身を支えた椅子座位（E姿勢）、窓枠などに両前腕を置き上半身

を支えた前傾立位 (F姿勢), 背もたれ立位 (G姿勢) である。

休息姿勢の設定に関して, 我々は最初に閉塞性肺疾患である小児喘息の児童を対象に発作時や息切れの際に, 休息のために活用する姿勢の存在と個別性があることを調査し報告した^{23) ~ 25)}。これらの経験から同じ閉塞性障害である COPD 患者の休息姿勢について, 理学療法専門書籍に紹介され研究論文の対象になっている姿勢を全て抜き出し, 同一のものをひとつにまとめ7種類の休息姿勢に集約した。なお, この7種類の姿勢については, その抽出過程で COPD 患者のリハビリテーション介入経験を持つ2名の理学療法士の意見を聞き, 問題ないと回答を得た。これにもとづいて本調査では休息姿勢の種類を前記の7種類と設定した。

(4) 主観的有効性の有無

息切れ発生時における対処方法としての休息姿勢の主観的有効性について「1役に立つ, 2役に立たない」の二件法で測定した。

3) 分析方法

休息姿勢の選択傾向と分布を確認するために7種類の休息姿勢ごとの選択者数を調べた。また, 対象者数が少ないことを考慮し, 7種類の休息姿勢を臥位・座位・立位の3つの姿勢カテゴリーに区分し, そのカテゴリーごとの選択者数も調査した。

3. 結果

対象者の基本属性を表1に示した。平均年齢は 76.4 ± 7.1 歳で COPD の病型は気道病変優位型7名 (35.0%), 気腫優位型13名 (65.0%) であった。

休息姿勢の認識の有無では対象者の20名全員 (100%) に休息姿勢の認識があり, 息切れが発生したときはその姿勢で休息するという結果であった。また修得した方法については経験的修得が18名 (90.0%), 指導及び啓発が2名 (10.0%), その他は0名であった。

表1 対象とした男性 COPD 患者の属性

	平均±標準偏差	最小値-最大値
年齢	76.4 ± 7.1	60-90
身長	165.3 ± 7.1	155.0-179.0
体重	53.5 ± 7.2	43.0-66.0

表2 7種類の休息姿勢ごとの選択者数と割合

	人数	%
A姿勢 (頭を高くした側臥位)	3	15
B姿勢 (前傾正座位)	1	5
C姿勢 (テーブルで支えた前傾椅子座位)	2	10
D姿勢 (背もたれ椅子座位)	5	25
E姿勢 (前腕支持の前傾椅子座位)	7	35
F姿勢 (窓や台で支えた前傾立位)	1	5
G姿勢 (背もたれ立位)	1	5
合計	20	100

7種類の休息姿勢ごとの選択者数を表2に示した。A姿勢3名(15.0%)、B姿勢1名(5.0%)、C姿勢2名(10.0%)、D姿勢5名(25.0%)、E姿勢7名(35.0%)、F姿勢1名(5.0%)、G姿勢1名(5.0%)であった。姿勢のカテゴリ別の選択者数は臥位姿勢3名(15.0%)、座位姿勢15名(75.0%)、立位姿勢2名(10.0%)であった。

休息姿勢の主観的有効性では“役に立つ”との回答が18名(90.0%)、“役に立たない”との回答が2名(10.0%)であった。“役に立たない”とする理由は2名ともに「休息姿勢だけでは息切れが改善しない」という回答であった(表3)。

表3 休息姿勢の主観的有効性(役に立つ・役に立たない)の割合

	人数	%
役に立つ	18	90
役に立たない	2	10
合計	20	100

4. 考察

呼吸機能障害において閉塞性換気障害主体の患者はゆっくりとした1回換気量で大きい呼吸を行い、拘束性換気障害では小さい1回換気量で速く呼吸する。これは呼吸仕事量を最小限に保とうとする合理的な生体の反応である。同じく息切れも頸動脈洞や大動脈弓の末梢性化学受容器(ケモレセプター)と、延髄の中樞性化学受容器が正常に機能し動脈血酸素分圧の低下、動脈血二酸化炭素分圧上昇、pHの上昇などに反応して換気応答が生じる努力性換気運動であり、合理的な反応であるといえる。問題となるのは、その努力性換気運動が日常生活上の軽い

労作で出現する場合や、頻回に出現することで日常生活活動に制約を来すことである。よって本調査ではCOPD患者における休息姿勢の認識の有無を調査し、主観的有効性について検討を加えた。

高齢COPD患者では休息姿勢の高い認識度が明らかとなった。この理由として高齢COPD患者では長い病歴に伴う息切れへの対処の必要性があったからではないかと推測される。18名(90.0%)の対象者が休息姿勢の認識の契機が自身の経験によるものであると回答していることにも裏付けされる。COPD患者に対する息切れ発生時のパニックコントロールの必要性が提言されているにもかかわらず、実態として具体的な指導介入が十分で無いことを示唆するものであった。さらに本調査では理学療法士の指導介入により休息姿勢を認識したという回答は0で、包括的呼吸リハビリテーションの中での理学療法介入の再考につながる結果であった。息切れによるQOLの低下を放置しないためにも病期早期からの教育的介入が必要ではないかと考える。

7種類の休息姿勢を臥位姿勢、座位姿勢、立位姿勢の3つのカテゴリーに分類した場合の選択者数は座位姿勢が最も多く、肺気量が最高値を示す立位が必ずしも休息に有利な姿勢ではないということが示唆された。先行研究では座位姿勢に着目したものが多く、本調査の休息姿勢の選択でも座位姿勢の選択者数が最も多く、諸家の報告が座位姿勢に着目している理由が理解できる。しかしながらいわゆる洋式と和式的生活習慣・環境の違いが影響する可能性が想定されるため、先行研究及び本研究の結果から7種類の休息姿勢研究の深化と座位姿勢の検証が必要であることが明らかとなった。

休息姿勢の主観的有効性においては高いことが確認されたが息切れの軽減にどのように有効であるのか、さらなる検証が必要である。休息姿勢を設定から息切れが軽減するまでの所要時間、休息姿勢単独の効果か、休息姿勢と口すぼめ呼吸・腹式呼吸の自助努力併用かについて明らかにする必要がある。これは休息姿勢が有効でないとする理由の「休息姿勢だけでは息切れが改善しない」ということの解明にも関連するものと考ええる。

休息姿勢が有効でないと回答した2名(10.0%)にも休息姿勢の認識そのものはあることから、休息姿勢と口すぼめ呼吸・腹式呼吸の自助努力の必要性や酸素吸入などの医学的処置の必要性が推測される。休息姿勢の主観的有効性を構成する要因及び客観的有効性について明らかにすることが、高齢COPD患者に対する具体的介入方法の手がかりになるものと考ええる。

本調査の限界として男性入院患者という極めて限定した背景を有し、その人数も少ないことから本調査結果の一般化が困難であることがあげられる。今後は対象者数を増やす、あるいは地域在住COPD高齢者を対象に含めるなどの配慮をし、より多面的な評価法を用いた大規模な調査が必要であろう。さらに7種類の休息姿勢の主観的有効性の段階付けや主観的安楽順位についての検討も期待される。高齢COPD患者の休息姿勢の有効性を明示するためには先行研究のレビューを進めるとともに、呼吸循環諸指標などの客観的指標により休息姿勢の評価を進めることが重要である。

謝辞 本研究にご協力いただいた対象者の皆さま，施設長及び担当理学療法士の皆さま，研究指導いただいた先生方に感謝申し上げます。

文献

- 1) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン作成委員会『COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン』メディカルレビュー社，(1999)。
- 2) 平成17年度厚生労働省患者調査，厚生労働省厚生労働調査一覧。 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-17.html>。
- 3) Aida A, Miyamoto K, Nishimura M, et al. : Prognostic value of hypercapnia in patients with chronic respiratory failure during long-term oxygen therapy. *American Journal of respiratory Critical Care Medicine*, 158:188-193 (1998)。
- 4) Miyamoto K, Aida A, Nishimura M, et al. : Gender effect on prognosis of patients receiving home oxygen therapy. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 152: 972-976 (1995)。
- 5) Anthonisen NR, Wright EC, Hodgkin JE, et al. : "Prognosis in chronic obstructive pulmonary disease". *American Review of Respiratory Disease*, 133 : 14-20 (1986)。
- 6) Wilson DO, Rogers RM, Wright EC, et al. : Body weight in chronic obstructive pulmonary disease. *American Review of Respiratory Disease*, 139 : 1435-1438 (1989)。
- 7) Rochester DF, Goldberg SK, .: Techniques of respiratory physical therapy. *American Review of Respiratory Disease*, 122:133-146 (1980)。
- 8) Cahalin LP, Braga M, Matsuo Y, et al.: Efficacy of diaphragmatic breathing in persons with COPD, A review of the literature. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22: 7-21 (2002)。
- 9) Kakizaki F, Shibuya M, Yamazaki T, et al.: Preliminary report on the effects of respiratory muscle stretch gymnastics on chest wall mobility in patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Respiratory Care*, 44:409-414. (1999)。
- 10) Casaburi R, Patessio A, Ioli F, et al. : Reductions in exercise lactic acidosis and ventilation as a result of exercise training in patients with obstructive lung disease. *American Review of Respiratory Disease*, 143 :9-18 (1991)。
- 11) Strijbos JH, Postma DS, Van Altena R, et al.: A comparison between an outpatient hospital-based pulmonary rehabilitation program and a home-care pulmonary rehabilitation program in patient with COPD. A follow-up of 18months. *Chest*, 109: 366-372 (1996)。
- 12) Maltais F, Leblanc P, Jobin J, et al.: intensity of training and physiologic adaptation in patient with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 155 : 555-561 (1997)。
- 13) Normandin EA, Mc Cusker C, Connors M, et al.: An evaluation of two approaches to exercise conditioning in pulmonary rehabilitation. *Chest*, 121:1085-1091 (2002)。
- 14) 日本呼吸管理学会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会，日本呼吸管理学会ガイドライン施行管理委員会，日本理学療法士協会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会編『呼吸リハビリテーションマニュアル～運動療法～』日本呼吸管理学会，日本呼吸器学会，日本理学療法士協会，45-46 (2003)。
- 15) Webber barbara A. : *The Brompton hospital guide to chest Physiotherapy*. Fifth ed., Blackwell Scientific Publications (1988)。

- 16) Thomson A, Skinner A, Piercy J.: Tidy's Physiotherapy. 12th ed., 181-195, Butterworth Heinemann, (1991).
- 17) Frownfelter DL : Chest Physical Therapy and Pulmonary Rehabilitation, an interdisciplinary approach. 2nd ed., 152-156, YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC. (1978).
- 18) Morgan M, Singh S, : Practical Pulmonary Rehabilitation CHAPMAN&HALL MEDICAL, (1997).
- 19) Heijdra YF, Dekhuijzen PN, et al. : Effect of body position, hyperinflation, and blood gas tensions on maximal respiratory pressure in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax, 49(5):453-458 (1994).
- 20) De Troyer A, Peche R, et al. : Neck muscle activity in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease . American Journal of Respiratory Critical Care Medicine, 150(1):41-47 (1994).
- 21) Vitacca M, Clini E, et al.: Dose the supine position worsen respiratory function in elderly subjects?. Gerontology, 42(1):46-53 (1996).
- 22) Landers MR, McWhorter JW, Filibeck D, et al.: Dose sitting posture in chronic obstructive pulmonary disease really matter ? — An analysis of 2 sitting postures and their effect corrected on pulmonary function. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 26(6):405-409 (2006).
- 23) 松本直人, :喘息児のグループ理学療法, 理学療法. 8巻4号, 249-254, 1991.
- 24) 松本直人, :喘息児キャンプ療法における呼吸リハビリテーションと理学療法士の役割, リハビリテーションひろば. 32-39, 1998.
- 25) 松本直人, :小児喘息に対する理学療法の効果, :理学療法. 16巻7号, 542-548, 1999.

Trends and subjective efficacy in patients with resting posture selection chronic obstructive pulmonary disease.

Naoto Matsumoto

(Tokyo Medical College Department of Physical Therapy)

Hisao Osada

(Graduate School of Gerontology, J.F. Oberlin University)

Naoakira Niino

(Graduate School of Gerontology, J.F. Oberlin University,
Institute of Aging and Development, J.F. Oberlin University)

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, rest position, subjective efficacy,

Chronic obstructive pulmonary disease is a disease of elderly patients over the age of 65 account for approximately 80% of diagnosed patients. Is one of the main symptoms are shortness of breath in addition to the symptoms of chronic cough and sputum, daily life in elderly patients high risk of progression breathlessness on. in this study, we focused on the attitude of rest as a way to deal with shortness of breath, with the aim to clarify the effectiveness subjective. elderly and stable symptoms were admitted to hospitals and for 20 male patients and 18 to measure the presence or absence of effective subjective attitude of rest seven confirmed the content validity in the preliminary survey was extracted from research papers and written professional physiotherapy (80%) respondents useful. to investigate trends in selected positions classified in the category positions in three positions of rest seven more were selected most often sitting. subjective position of rest as a way to deal with shortness of breath from the results of this study revealed a sense of effectiveness.