

Сравнительное исследование оригинальных опросников оценки индекса преждевременной эякуляции

Comparative study of original questionnaires in assessment of Premature Ejaculation index

F.A. Akilov, A.T. Mahmudov,
S.S. Shavahabov, D.H. Mirhamidov

Premature ejaculation (PE) is one of the frequent sexual disorders affecting approximately 31% of male population. The Russian version of the "Uzbek Index of Premature Ejaculation" (UIPE) was adapted for the self-assessment by the patients, who speak only Uzbek.

Objective. To validate the UIPE against the original, Russian, version of the questionnaire.

Materials and methods. Mapi Institute recommendations were used for the translation and adaptation. Overall, 161 respondent was tested, among them 112 for the evaluation of Uzbek version of UIPE with the mean age of 39.3 ± 11.1 years. Descriptive statistics, Kronbach alpha and splitting scale methods were used for data analysis. ROC curves were used for estimation of questionnaire discriminative properties. P-level < 0.05 was selected for significance of findings. Results. Cronbach's alpha was 0.97 for Uzbek version, AUC was 1.00 in ROC-analysis. Reliability, validity, efficacy and discrimination capabilities, as well as accessibility and informativeness of the translated version were identical to the original (Russian). Specificity and sensitivity of the Uzbek version were high as well.

Conclusions. Uzbek version of the UIPE is reliable, valid, effective and identical to the Russian version, and could be used for further clinical studies in patients, who speak only the Uzbek language.

*Ф.А. Акилов, А.Т. Махмудов, Ш.Ш. Шавахабов, Д.Х. Мирхамидов
Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии.
Республика Узбекистан*

Преждевременная эякуляция (ПЭ) считается одним из самых распространенных нарушений половой сферы, встречающимся примерно у 31% мужского населения в возрасте от 18 до 59 лет [1]. Существует мнение, что результаты эпидемиологических исследований не являются точными, и, что на самом деле, распространенность ПЭ может быть выше. Причина этого – отсутствие валидизированных и унифицированных определений ПЭ на тот момент, когда проводились данные эпидемиологические исследования [1]. В 2014 г. Международным Обществом Сексуальной Медицины (International Society for Sexual Medicine – ISSM) было введено новое, унифицированное определение ПЭ [2].

Следует также учесть, что, изученность ПЭ до сих пор не является достаточной, так как большинство пациентов, страдающих ПЭ, неохотно обсуждают свое состояние с врачом, что приводит к недостаточной диагностике и погрешностям эпидемиологических исследований [3].

Несмотря на существование стандартизированных вопросников и анкет, разработанных для оценки ПЭ [4, 5], Европейская Ассоциация Урологов признает только два из них – Диагностический инструмент ПЭ (Premature ejaculation diagnostic tool – PEDT) [6] и Арабский Индекс ПЭ (Arabic Index of Premature Ejaculation – APE) [7], способных к достоверному выявлению пациентов с ПЭ [8]. Од-

нако, на сегодняшний день, ни один из вопросников не считается безупречным [9]. Основным недостатком PEDT и APE считается неспособность дифференциации врожденной и приобретенной форм ПЭ. Нами был разработан простой и доступный инструмент для самостоятельной оценки пациентами выраженности ПЭ, дающий возможность более детальной диагностики для выявления пациентов с ПЭ. Вопросник, названный «Узбекский Индекс Преждевременной Эякуляции» (УИПЭ), был изначально разработан на русском языке и в ходе клинических исследований продемонстрировал высокие коэффициенты надежности и валидности [10].

Целью проведения данного исследования явилась разработка узбекской версии опросника УИПЭ и проведение клинического исследования для оценки характеристик ее надежности и валидности по сравнению с его оригинальной русскоязычной версией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использованная для перевода русскоязычная версия УИПЭ состоит из девяти пунктов, содержащих вопросы со множественными вариантами ответов. Восемь первых пунктов оснащены балльной шкалой по типу шкалы Лайкерта, оценивающей выраженность каждого симптома. Шкала градуирована от 0 до 4, где 0 означает полное отсутствие, а 4 – сильную выраженность признака.

Девятый пункт, являясь по сути дихотомным, содержит вопрос с двумя возможными вариантами ответа – «Да» или «Нет» (рис 1.).

Для процесса перевода УИПЭ с русского языка на узбекский мы использовали руководства, разработанные Исследовательским Инсти-

тутом Мари (Лион, Франция) [11]. Процесс перевода и лингвистической валидации состоял из следующих этапов: а) прямой перевод; б) обратный перевод; с) гармонизация; д) корректура; е) финализация.

Респонденты

К участию в исследовании были привлечены гетеросексуальные мужчины в возрасте 21 г. и старше, обратившиеся в районные поликлиники г. Ташкента с августа по декабрь 2014 года. До начала исследования и заполнения анкеты УИПЭ, респонденты были ознакомлены с определением интравагинального латентного времени эякуляции и преждевременной эякуляции, предложенными Международным Обществом Сексуальной Медицины [2]. Листки информированного согласия были подписаны всеми респондентами, участвовавшими в исследовании.

В зависимости от языка заполняемой версии анкеты, респонденты были распределены на две группы («исходная» и «целевая»).

О возможном наличии ПЭ у респондента судили на основании ответа на вопрос дихотомической шкалы «Считаете ли Вы, что у Вас имеется преждевременная эякуляция?». Ответ "Да" был принят как положительная переменная. В зависимости от подтверждения в ходе дальнейшего обследования на наличие ПЭ [10], респонденты распределялись на группу «пациентов» и «контроля», что в дальнейшем использовалось для оценки чувствительности и специфичности версий УИПЭ.

Этические аспекты настоящего исследования и публикация полученных данных были рассмотрены и одобрены специальным Экспертным Комитетом Ташкентской медицинской академии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Статистический анализ

Для статистической обработки данных и графического отображения результатов, было использовано компьютерное приложение IBM Statistical Package for the Social Sciences, 

1. Оцените в баллах, насколько сложным является для вас задержать (контролировать) наступление эякуляции?		
<input type="checkbox"/> А	несложно, могу контролировать	0
<input type="checkbox"/> В	бывает немного сложно	1
<input type="checkbox"/> С	затруднительно	2
<input type="checkbox"/> D	очень сложно	3
<input type="checkbox"/> E	невозможно	4
2. Как часто у вас эякуляция происходит ранее желаемого момента?		
<input type="checkbox"/> А	почти никогда или крайне редко	0
<input type="checkbox"/> В	меньше чем в половине случаев	1
<input type="checkbox"/> С	примерно в половине случаев	2
<input type="checkbox"/> D	больше чем в половине случаев	3
<input type="checkbox"/> E	почти всегда или всегда	4
3. Как часто у вас эякуляция происходит преждевременно (в самом начале вагинального проникновения)?		
<input type="checkbox"/> А	иногда или редко	0
<input type="checkbox"/> В	меньше чем в половине случаев	1
<input type="checkbox"/> С	примерно в половине случаев	2
<input type="checkbox"/> D	больше чем в половине случаев	3
<input type="checkbox"/> E	почти всегда или всегда	4
4. Длительность полового акта (от проникновения до момента эякуляции)		
<input type="checkbox"/> А	от 7-14 минут и более	0
<input type="checkbox"/> В	от 3 до 6 минут	1
<input type="checkbox"/> С	от 1 до 2 минут	2
<input type="checkbox"/> D	менее 1 минуты	3
<input type="checkbox"/> E	до 30 секунд	4
5. Преждевременная эякуляция возникает только при смене партнерши?		
<input type="checkbox"/> А	возникает очень редко и только при смене партнерши, с постоянной все нормально	0
<input type="checkbox"/> В	иногда возникает при смене партнерши	1
<input type="checkbox"/> С	в половине случаев при смене партнерши	2
<input type="checkbox"/> D	больше чем в половине случаев при смене партнерши	3
<input type="checkbox"/> E	нет, не только, случается даже с постоянной партнершей	4
6. Считаете ли вы, что ваша партнерша удовлетворена сексуальной жизнью		
<input type="checkbox"/> А	да, вполне	0
<input type="checkbox"/> В	больше «да», чем «нет»	1
<input type="checkbox"/> С	примерно в половине случаев	2
<input type="checkbox"/> D	больше «нет», чем «да»	3
<input type="checkbox"/> E	нет	4
7. Испытываете ли вы до или во время полового акта тревогу, беспокойство		
<input type="checkbox"/> А	нет (никогда)	0
<input type="checkbox"/> В	редко, незначительно	1
<input type="checkbox"/> С	бывает, но не всегда	2
<input type="checkbox"/> D	очень часто	3
<input type="checkbox"/> E	всегда	4
8. Беспокоит ли вас то, что эякуляция происходит быстрее, чем вы хотели бы?		
<input type="checkbox"/> А	нет (никогда)	0
<input type="checkbox"/> В	немного беспокоит, иногда	1
<input type="checkbox"/> С	примерно в половине случаев	2
<input type="checkbox"/> D	Очень	3
<input type="checkbox"/> E	чрезвычайно (всегда)	4
		Общий балл =

Рис 1. Исходная русскоязычная версия УИПЭ

версии 21.0 для Windows (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Для описания демографических характеристик респондентов, нами были использованы рутинные методы описательной статистики (среднее, медиана, стандартное отклонение, процентиля, межквартильный размах и т.п.). До проведения статистического анализа проводилось тестирование выборок для определения нормальности распределения (частотные диаграммы, тест Шапиро-Уилка). В зависимости от нормальности распределения для сравнения различных показателей между основной и контрольной группами применялись непараметрический U-тест Манна-Уитни или параметрический – t-тест Стьюдента.

Надежность анкеты определялась оценкой внутреннего постоянства (α Кронбаха) и анализом коэффициентов надежности при методе расщепления шкалы надвое (split-half) [12].

Дискриминативная способность анкеты оценивалась при помощи измерения области под кривой (area under curve), образованной при использовании метода ROC-кривых. Для оценки силы отношений использовался коэффициент ранговой корреляции (ρ) Спирмена. Результаты статистического анализа считались достоверными при двустороннем значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Процесс перевода.

Исходная (русскоязычная) версия УИПЭ была переведена на целе-

вой (узбекский) язык двумя специалистами-урологами, носителями узбекского языка, свободно владеющими русским языком. Каждый из переводчиков работал независимо от другого. Переведенные версии анкеты были рассмотрены экспертной комиссией, члены которой были отобраны при помощи случайной выборки из числа сотрудников АО «Республиканский специализированный центр урологии» (РСЦУ), свободно владеющих русским языком. После дискуссии, урегулирования разночтений и необходимой корректуры, обе версии были объединены в единую согласованную версию. Согласованная узбекская версия анкеты была подвергнута процессу обратного перевода на русский язык другим независимым переводчиком, свободно владеющим русским и узбекским языками и не ознакомленным с оригинальной версией анкеты и участников процесса прямого перевода. Разработчиками оригинальной версии УИПЭ и старшим научным консультантом произведены сравнение обратно переведенной и оригинальной русскоязычной версий анкеты и оценка качества перевода. После достижения согласия в ходе дискуссии с участием всех членов научной группы качество перевода признано удовлетворительным. Пилотное исследование «промежуточной» узбекской версии УИПЭ было проведено на целевой популяции мужчин-добровольцев, состоящей из 29 человек, принадлежащих к различным слоям населения, имеющим различный уровень образованности, для которых узбекский язык был родным. В ходе пилотного исследования чле-

нами научной группы произведен опрос мнения участников относительно пунктов анкеты, их замечаний и пожеланий по более ясной формулировке вопросов, вариантов ответов и внешнему виду анкеты. После проведения необходимой корректуры на основании пожеланий участников пилотного тестирования была утверждена окончательная форма узбекской версии УИПЭ.

Группа исследования.

Всего в сравнительном клиническом исследовании узбекской версии УИПЭ принял участие 161 мужчина, из которых 49 (30,4%) заполнили оригинальную, русскоязычную, а 112 (69,6%) – целевую (узбекскую) версии УИПЭ. Средний возраст респондентов (Среднее \pm СО (стандартное отклонение)) составил 41,24 \pm 9,27 и 39,29 \pm 11,06 лет для «исходной» и «целевой» групп соответственно, т.е. по отношению к возрасту обе группы были гомогенны ($p = 0,28$). У 31 (63,3%) человека из респондентов «исходной» и 81 (72,3%) из «целевой» групп в ходе дальнейшего обследования было выявлено наличие ПЭ. Эти респонденты были включены в группу «пациентов».

Надежность и валидность исходной и целевой версий УИПЭ.

Внутриклассовый коэффициент корреляции пунктов версий анкеты составил 0,974 (95%ДИ (доверительный интервал): 0,961-0,984) и 0,975 (95%ДИ: 0,967-0,981) для исходной и целевой версий соответственно ($p < 0,001$). Другие показатели надежности также оказались достаточно высокими и были практически идентичны (табл. 1).

Как и предполагалось, сумма баллов УИПЭ, набранных респондентами с подтвержденной ПЭ («Пациенты»), была достоверно выше, чем у респондентов, не имевших ПЭ («Контроль») (рис. 2). Средняя сумма баллов, набранных исследуемыми группами «Контроль» и «Пациенты», заполнивших русскоязычные версии анкеты, достоверно не отличались от

Таблица 1. Показатели надежности исходной и целевой версий анкеты УИПЭ

	Целевая (узбекская) версия (n=112)	Исходная (русская) версия (n=49)
α Кронбаха (95%ДИ)	0,975 (0,967-0,981)	0,974 (0,961-0,984)
Часть 1	0,956	0,949
Часть 2	0,947	0,952
Корреляция между формами	0,945	0,943
Коэффициент Спирмена-Брауна	0,971	0,971
Коэффициент расщепления (Гуттмана)	0,971	0,970

n – количество респондентов; ДИ - доверительный интервал

таковых, набранных респондентами, заполнявших вопросник узбекской версии УИПЭ (рис. 2).

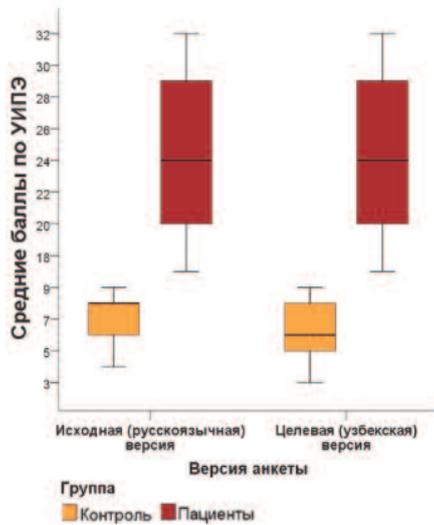


Рис. 2. Сравнение между группами исходной (русскоязычной) и целевой (узбекской) версии анкеты, средних суммарных баллов УИПЭ, набранных респондентами

Результаты анализа методом ROC-кривых, продемонстрировали абсолютную (100%) дискриминативность суммарного балла к наличию ПЭ у опрашиваемых, причем этот показатель был идентичен для исходной и целевой версий анкеты (рис. 3). Более подробные результаты анализа пунктов анкеты, приведены в таблице 2.

ОБСУЖДЕНИЕ

В Диагностико-статистическом руководстве по психическим расстройствам (4-я исправленная вер-

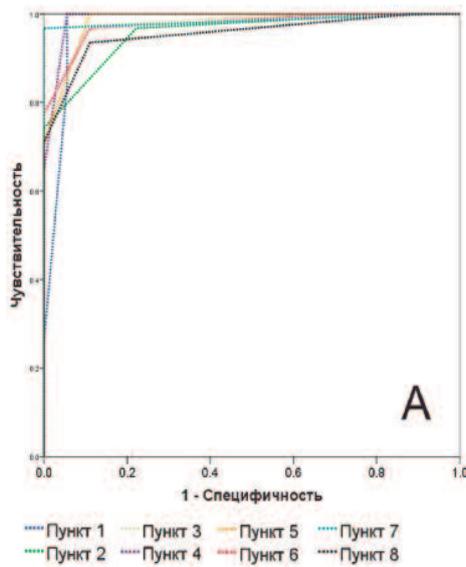


Рис. 3А. Чувствительность пунктов исходной версии анкеты УИПЭ при помощи ROC-кривых.

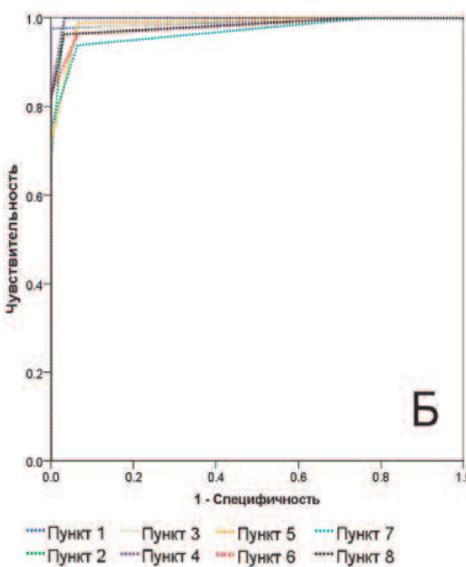


Рис. 3Б. Чувствительность пунктов целевой версии анкеты УИПЭ при помощи ROC-кривых.

Таблица 2. Оценка областей под кривыми секций анкеты УИПЭ; результат анализа ROC-кривых

Пункты анкеты УИПЭ	Исходная версия			Целевая версия		
	ОПК	95% ДИ		ОПК	95% ДИ	
		Нижняя граница	Верхняя граница		Нижняя граница	Верхняя граница
Пункт 1	0,97	0,92	1,00	0,99	0,98	1,00
Пункт 2	0,96	0,91	1,00	0,99	0,98	1,00
Пункт 3	0,99	0,97	1,00	0,98	0,97	1,00
Пункт 4	0,99	0,97	1,00	1,00	0,99	1,00
Пункт 5	0,98	0,96	1,00	0,99	0,97	1,00
Пункт 6	0,98	0,94	1,00	0,98	0,96	1,00
Пункт 7	0,98	0,95	1,00	0,97	0,94	1,00
Пункт 8	0,96	0,90	1,00	0,98	0,96	1,00

ОПК – область под кривой; ДИ – доверительные интервалы

сия – DSM-IV-TR) дается такое определение ПЭ: «постоянная или повторяющаяся эякуляция с минимальной сексуальной стимуляцией до, во время или через короткий промежуток времени после вагинального проникновения либо ранее желаемого момента. Специалист должен принять во внимание факторы, влияющие на продолжительность фазы возбуждения, такие как возраст, новый сексуальный партнер, частота сексуальных контактов за последнее время» [13].

Диагностические критерии ПЭ широко варьируют по всему миру. Существуют, к примеру, предложения оценивать интравагинальное латентное время эякуляции (ИЛВЭ) и чувствительность головки полового члена к вибрации и исследование полиморфизма гена-транспортера серотонина у пациентов с пожизненной ПЭ [14]. Однако, два последних метода, несмотря на перспективность, в настоящее время используются, в основном, только в клинических исследованиях, и не подходят для расширенных эпидемиологических исследований. В руководствах Европейской Ассоциации Урологов (EAU), выражается сомнение в необходимости проведения нейрофизиологических, а иногда и рутинных лабораторных тестов (УД-3 (уровень доказательности); СР-С (степень рекомендаций)) [8]. Измерение же только ИЛВЭ для диагностики ПЭ может быть недостаточным из-за возможных широких колебаний, погрешностей и “наложения” между здоровыми мужчинами и теми, кто имеет истинную ПЭ [15, 16]. Тем не менее, самостоятельная оценка ИЛВЭ пациентом, может оказаться ценным критерием, особенно в сочетании с впечатлением пациента об изменениях в ощущениях при оценке ответа на лечение ПЭ [17]. С другой стороны, представители Американской Урологической Ассоциации не считают необходимым наличие таких детальных данных при проведении эпидемиологических исследований и рекомендуют для

диагностики ПЭ основываться, главным образом, на трех ключевых факторах сексуального анамнеза: 1) жалобах пациента на снижение контроля над эякуляцией; 2) неудовлетворенности пациента (и/или его партнерши) завершением полового акта; и 3) беспокойстве пациента (и/или его партнерши) по поводу возникшей ситуации. Подобные субъективные данные о контроле над эякуляцией, удовлетворенности пациента (и/или его партнерши), качестве жизни и уровне беспокойства или депрессии могут быть также использованы в клинических испытаниях [17]. Примером удачного использования упомянутых данных могут служить два крупных наблюдательных исследования, для проведения которых использовался Профиль Преждевременной Эякуляции (Premature Ejaculation Profile – PEP) [18] – вопросник, содержащий всего четыре пункта. Одно из упомянутых исследований было проведено в США и включало данные обследования 1587 мужчин и их партнерш [16], а другое – в Европейских странах (1115 мужчин) [15]. Также, PEP был эффективно использован при самостоятельной оценке пациентами изменений в их ощущениях в ходе третьей фазы крупного плацебо-контролируемого исследования (1238 обследованных) [19]. Разработчики вопросника сообщили о его высокой надежности и валидности. Однако, будучи эффективно использованным в эпидемиологических исследованиях вопросник изначально не разрабатывался как диагностический инструмент и, несмотря на легкость в использовании, он предназначен для клинических испытаний, но не для рутинного использования в роли диагностического инструмента в ежедневной практике.

Аналогичный вывод о PEP был сделан исследователями Европейской ассоциации урологов (EAU), которые рекомендовали ограниченное использование PEP для количествен-

ной оценки первичной ПЭ и эффективности ее лечения. Литературные данные о применении Китайского Индекса ПЭ (CIRE), обладающего по сообщениям авторов высоким уровнем надежности, чувствительности и специфичности, к сожалению, также ограничены клиническими испытаниями эффективности фармакологических вмешательств [9].

Для диагностики ПЭ руководства EAU рекомендовано к использованию только два инструмента – Диагностический Инструмент для Преждевременной Эякуляции – вопросник, состоящий из 5 вопросов, позволяющий оценить степень контроля, частоту, минимальный уровень стимуляции, дистресс, сложности отношений внутри пары [6] и Арабский Индекс Преждевременной Эякуляции – анкету, состоящую из 7 пунктов, позволяющих оценить сексуальное желание, степень эректильной ригидности для эффективного полового акта, время до эякуляции, степень контроля, степень удовлетворения пациента и партнерши, уровень тревоги или депрессии [7].

Каждый из этих инструментов, по сообщениям авторов, продемонстрировал высокие уровни надежности и валидности, а также дискриминативные возможности [6,7]. Тем не менее, скрупулезный анализ упомянутых инструментов, проведенный членами Международного общества сексуальной медицины, выявил некоторые недостатки, главным из которых является невозможность определения форм ПЭ [9].

Анкета УИПЭ, изначально была разработана на русском языке и продемонстрировала высокие показатели надежности и валидности при клиническом испытании на русскоязычной популяции обследованных мужчин [10]. Основной целью нынешнего исследования стало создание узбекской версии УИПЭ для более широкого применения анкеты в клинической практике для популяции мужчин, для которых узбекский язык является единственно возмож-

ным для адекватного ответа на поставленные вопросы. В результате исследования, была создана узбекская версия УИПЭ, не уступающая по эффективности и дискриминативной способности оригинальной версии, что подтверждает высокое качество перевода.

Переведенная на узбекский язык версия УИПЭ продемонстрировала высокие показатели валидности и надежности в популяции мужчин с наличием и отсутствием ПЭ. Результаты нашего исследования подтверждают отличные психометрические свойства, доступность и информативность переведенной версии УИПЭ. Узбекская версия анкеты, позволяющая выявить пациентов с ПЭ, продемонстрировала также высокие показатели чувствительности и специфичности.

Валидность и надежность узбекской версии УИПЭ соответствуют требованиям, предъявляемым к инструментам самостоятельной оценки субъективных ощущений с точки зрения пациентов и сравнимы с таковыми существующих вопросников. Главным достоинством разработанного нами инструмента является возможность дифференциации врожденной формы ПЭ от приобретенной. Именно благодаря этой способности УИПЭ может также повлиять на выбор терапии в зависимости от формы ПЭ [20].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Переведенная узбекская версия УИПЭ продемонстрировала высокие уровни надежности и валидности, чувствительности и специфичности к ПЭ, идентичные исходной русскоязычной версии. Основным преимуществом нашей анкеты является её способность разделить пациентов с врожденной и приобретенной формами ПЭ. Таким образом, УИПЭ может быть использована в эпидемиологических и клинических исследованиях среди мужчин, владеющих узбекским языком.

Конфликт интересов: Нет 

Резюме:

Преждевременная эякуляция (ПЭ) считается одним из самых распространенных нарушений половой сферы, встречающимся примерно у 31% мужского населения. Исходная, русскоязычная версия «Узбекского индекса преждевременной эякуляции (УИПЭ)» была разработана для самостоятельного определения пациентами наличия ПЭ.

Цель исследования. Клинические испытания узбекской версии УИПЭ для оценки ее надежности и валидности по сравнению с оригинальной версией опросника.

Материалы и методы. Перевод и адаптация анкеты УИПЭ на узбекский язык, осуществлялась согласно рекомендациям, разработанным исследовательским институтом Mapi. Всего протестирован 161 респондент. Из них, в клиническом испытании узбекской версии УИПЭ участвовало 112 мужчин в возрасте $39,3 \pm 11,1$ лет. Для оценки результатов применялись методы описательной статистики, коэффициента α Кронбаха, метод расщепления шкалы. Дискриминативная способность анкеты оценивалась с использованием метода ROC-кривых. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Коэффициент α Кронбаха для переведенной узбекской версии составил 0,97, площадь под кривой при анализе методом ROC-кривых составила 1,00. Надежность, валидность, эффективность и дискриминативные возможности, а также доступность и информативность переведенной версии были идентичны исходной, русскоязычной. Узбекская версия анкеты продемонстрировала также высокие показатели чувствительности и специфичности.

Заклучение. Узбекская версия УИПЭ имеет высокий уровень надежности, валидности, эффективности, идентична исходной русскоязычной версии и может быть использована для эпидемиологических и клинических исследований среди мужчин, владеющих только узбекским языком.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, вопросники, коэффициент α Кронбаха.

Key words: premature ejaculation, questionnaire, Cronbach's alpha.

ЛИТЕРАТУРА

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. // JAMA, 1999. Vol. 281, N 6. P. 537-544.
2. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, Becher E, Dean J, Giuliano F, Hellstrom WJ, Giraldi A, Gline S, Incrocci L, Jannini E, McCabe M, Parish S, Rowland D, Segraves RT, Sharlip I, Torres LO. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). // J Sex Med, 2014. Vol. 11, N 6. P. 1392-1422.
3. Rosenberg MT, Sadovsky R. Identification and diagnosis of premature ejaculation. // Int J Clin Pract, 2007. Vol. 61, N 6. P. 903-908.
4. Jern P, Piha J, Santtila P. Validation of three early ejaculation diagnostic tools: a composite measure is accurate and more adequate for diagnosis by updated diagnostic criteria. // PLoS One, 2013. Vol. 8, N 10. P. e77676.
5. Gao J, Zhang X, Su P, Liu J, Xia L, Yang J, Shi K, Tang D, Hao Z, Zhou J, Liang C. Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: a large observational study in China. // J Sex Med, 2013. Vol. 10, N 7. P. 1874-1881.
6. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, Abraham L, Crossland A, Morris M. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. // Eur Urol, 2007. Vol. 52, N 2. P. 565-573.
7. Arafa M, Shamloul R. Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). // J Sex Med, 2007. Vol. 4, N 6. P. 1750-1756.
8. European Association of Urology Guideline. EAU Guidelines, edition presented at the 29th EAU Annual Congress, Stockholm. 2014.
9. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, Rosen RC, Sadovsky R, Waldinger M, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Goldstein I, El-Meliegy AI, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Jannini EA, Park K, Parish S, Porst H, Rowland D, Segraves R, Sharlip I, Simonelli C, Tan HM; International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. // J Sex Med, 2010. Vol. 7, N 9. P. 2947-2969.
10. Makhmudov AT, Savakhabov SS, Alidjanov JF, Akilov FA. Novel patient's self-reporting diagnostic tool for premature ejaculation: development and validation. // Қазақстанның Урология Және Нефрологиясы (Журнал урологии и нефрологии Казахстана), 2014. Vol. 3, N 12. P. 37-39.
11. Acquadro C, Conray K, Giroudet C, Mear I. Linguistic Validation Manual for Patient-Reported Outcomes (PRO) Instruments. 2004. // Mapi Research Institute, Lyon, France: Kluwer Academic Publishers. 184.
12. Cronbach LJ. A case study of the split-half reliability coefficient. // J Educ Psychol, 1946. Vol. 37, N 8. P. 473-480.
13. American Psychiatric Association and American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. 2000. // Washington, DC: American Psychiatric Association. xxxvii, 943 p.
14. Janssen PK, Bakker SC, Rethelyi J, Zwinderman AH, Touw DJ, Olivier B, Waldinger MD. Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. // J Sex Med, 2009. Vol. 6, N 1. P. 276-284.
15. Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka A, Merchant S, Rothman M, Gagnon DD, Polverejan E; 3004 Study Group. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. // Eur Urol, 2008. Vol. 53, N 5. P. 1048-1057.
16. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, McNulty P, Rothman M, Jamieson C. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. // J Sex Med, 2005. Vol. 2, N 3. P. 358-367.
17. McMahon CG. Ejaculatory latency vs. patient-reported outcomes (PROs) as study end points in premature ejaculation clinical trials. // Eur Urol, 2007. Vol. 52, N 2. P. 321-323.
18. Patrick DL, Giuliano F, Ho KF, Gagnon DD, McNulty P, Rothman M. The Premature Ejaculation Profile: validation of self-reported outcome measures for research and practice. // BJU Int, 2009. Vol. 103, N 3. P. 358-364.
19. Kaufman JM1, Rosen RC, Mudumbi RV, Tesfaye F, Hashmonay R, Rivas D. Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial. // BJU Int, 2009. Vol. 103, N 5. P. 651-658.
20. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S, Christ G, Hatzichristou D, Hirsch M, Kimoto Y, Lewis R, McKenna K, MacMahon C, Morales A, Mulcahy J, Padma-Nathan H, Pryor J, de Tejada IS, Shabsigh R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. // J Sex Med, 2004. Vol. 1, N 1. P. 6-23.