



Original Article

Comparison of Neurocognitive Executive Functioning in Individuals with Iron Deficiency Anemia and Healthy Controls

Shiva Zamani¹ , Mohammadreza Abed^{2*} , Ali Amini³ 

¹. Master of Psychology, Department of Psychology, Isf. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

². Assistant Professor, Department of Psychology, Isf. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

³. Assistant Professor, Department of Hematology and Blood Banking, Faculty of Allied Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding authors:** Mohammadreza Abed, Assistant Professor, Department of Psychology, Isf. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

DOI: [10.66224/nkums.18.2.75](https://doi.org/10.66224/nkums.18.2.75)

How to Cite this Article:

Zamani Sh, Abed M, Amini A. Comparison of Neurocognitive Executive Functioning in Individuals with Iron Deficiency Anemia and Healthy Controls. J North Khorasan Univ Med Sci. 2026;18(2): 75-81 DOI: 10.22034/nkums.18.2.75

Received: 27 August 2025

Accepted: 27 December 2025

Keywords:

Anemic Individuals
Executive Function
Healthy Controls
Iron Deficiency Anemia
Neurocognitive

Abstract

Introduction: Iron deficiency anemia (IDA) is one of the most common nutritional disorders and is particularly prevalent among women and children. In addition to its impact on physical performance, IDA can adversely affect executive neurocognitive functioning. This study aimed to compare neurocognitive executive functions among individuals with iron deficiency anemia and healthy controls.

Methods: This descriptive-analytical, causal-comparative study included individuals with and without IDA who attended Aramesh Laboratory of Pathobiology and Genetics in Tehran between July and October 2024. A total of 340 participants were selected through convenience sampling, comprising 170 individuals with IDA defined as hemoglobin levels of 8–10 g/dL and ferritin levels <30 ng/mL, and 170 healthy controls with normal hemoglobin and ferritin levels. The exclusion criteria were prior iron supplementation, underlying hematologic or metabolic disorders, and lack of informed consent. Data were collected using the Behavior Rating Inventory of Executive Function–Adult Version (BRIEF-A) and analyzed using SPSS (version 27) through the non-parametric Mann–Whitney test.

Results: Findings indicated that IDA significantly impaired executive neurocognitive functions. Participants with IDA showed lower performance in attention, working memory, and cognitive flexibility, which may disrupt decision-making, emotional regulation, and task management.

Conclusions: Iron deficiency anemia is associated with executive dysfunction, and affected individuals demonstrate poorer neurocognitive executive functioning compared with healthy controls.



مقایسه کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد دارای کم‌خونی فقر آهن با افراد عادی

شیوا زمانی^۱ ID، محمدرضا عابد^۲ ID*، علی امینی^۳ ID

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۳ استادیار، گروه هماتولوژی و بانک خون، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: محمدرضا عابد، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: mohammadrezaabed@iau.ac.ir

DOI: 10.66224/nkums.18.2.75

چکیده مقدمه: کم‌خونی فقر آهن یکی از شایع‌ترین اختلالات تغذیه‌ای است که به‌ویژه در زنان و کودکان شایع است و علاوه بر تأثیر در عملکرد فیزیکی، می‌تواند کارکرد اجرایی عصبی - شناختی را نیز مختل کند. هدف این پژوهش مقایسه کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد مبتلا به کم‌خونی فقر آهن با افراد عادی بود. روش کار: این پژوهش توصیفی - تحلیلی و علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل افراد عادی و مبتلا به کم‌خونی فقر آهن بود که از تیر تا مهر ۱۴۰۳ به آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک آرامش تهران مراجعه کردند. نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس انجام شد و ۳۴۰ نفر، شامل ۱۷۰ فرد مبتلا به کم‌خونی فقر آهن (هموگلوبین ۸-۱۰ گرم/دسی‌لیتر و فریتین <۳۰ نانوگرم/میلی‌لیتر) و ۱۷۰ فرد عادی (هموگلوبین و فریتین طبیعی)، انتخاب شدند. ملاک‌های خروج شامل مصرف مکمل آهن، بیماری‌های زمینه‌ای خونی یا متابولیک و نداشتن رضایت آگاهانه بود. داده‌ها با پرسش‌نامه کارکرد اجرایی بریف - ای (BRIEF-A) جمع‌آوری و با نسخه ۲۷ نرم‌افزار SPSS و آزمون من - وینتی تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که کم‌خونی فقر آهن در کارکرد اجرایی عصبی - شناختی تأثیر منفی معناداری دارد. افراد مبتلا در توجه، حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی عملکرد ضعیف‌تری داشتند که می‌تواند در تصمیم‌گیری، مدیریت هیجانات و انجام وظایف تأثیرگذار باشد. نتیجه‌گیری: کم‌خونی فقر آهن با اختلال در کارکرد اجرایی همراه است و افراد مبتلا در مقایسه با افراد عادی، کارکرد عصبی - شناختی ضعیف‌تری دارند.	تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶
واژگان کلیدی: افراد عادی افراد کم‌خون عصبی - شناختی کارکرد اجرایی کم‌خونی فقر آهن	

مقدمه

فرد ممکن است تنها احساس ضعف و خستگی داشته باشد، اما با کاهش بیشتر سطح هموگلوبین، نشانه‌هایی مانند سرگیجه، سنکوپ، تنگی نفس ناشی از فعالیت، درد قفسه سینه و تپش قلب بروز می‌کنند [۹]. این علائم، به‌ویژه در افرادی که بیماری‌های زمینه‌ای مانند مشکلات قلبی و عروقی دارند، شدیدتر خواهد بود و معمولاً زمانی که سطح هموگلوبین به کمتر از هفت گرم در دسی‌لیتر برسد، بیماران به‌طور قابل توجهی هنگام فعالیت، دچار خستگی و تنگی نفس می‌شوند [۱۰].

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کم‌خونی فقر آهن زمانی تشخیص داده می‌شود که سطح هموگلوبین در زنان کمتر از ۱۲ گرم در دسی‌لیتر و در مردان کمتر از ۱۳ گرم در دسی‌لیتر باشد. همچنین، در صورت نداشتن التهاب، سطح فریتین کمتر از ۳۰ میکروگرم در لیتر و در صورت وجود التهاب، کمتر از ۱۰۰ میکروگرم در لیتر در نظر گرفته

سازمان بهداشت جهانی کم‌خونی فقر آهن را شایع‌ترین کمبود تغذیه‌ای در جهان معرفی کرده است که کودکان، زنان و سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱، ۲] و طی آن، تعداد گلبول‌های قرمز و ظرفیت حمل اکسیژن آن‌ها کاهش می‌یابد، به‌طوری که دیگر پاسخ‌گوی نیازهای فیزیولوژیکی بدن نیست [۳].

آهن ماده مغذی ضروری و جزء فروپروتئین‌ها و آنزیم‌های حیاتی برای زندگی انسان است [۴، ۵] و کم‌خونی یکی از پیامدهای متعدد کمبود آهن است [۶] که عواملی مانند سن، جنسیت و وضعیت اجتماعی - اقتصادی می‌توانند در میزان آن و در نتیجه، بروز کم‌خونی تأثیر بگذارند [۴، ۷]. این اختلال، به‌ویژه در دوره‌هایی که بدن به آهن بیشتری نیاز دارد، مانند دوران نوزادی، کودکی و نوجوانی، شایع‌تر است [۸].

با پیشرفت کم‌خونی، علائم آن نیز شدت می‌گیرد. در مراحل اولیه،

جولوگیری از انجام عمل‌های آنی؛ کنترل مداخله، یعنی توجه انتخابی و مهار شناختی می‌شود)، حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی است (که به معنای تفکر خلاقانه «خارج از چهارچوب»، دیدن مسائل از دیدگاه‌های مختلف و سازگاری سریع و انعطاف‌پذیر با تغییر شرایط است). در نتیجه، کارکردهای اجرایی تمام فرایندهای شناختی پیچیده و درگیر در تنظیم افکار، احساسات، برنامه‌ریزی، نظارت و کنترل شناختی رفتار و هیجان‌ها را تا رسیدن به هدف در خود جای می‌دهد [۱۶، ۱۷] و در توانایی‌های شناختی، مانند توجه، زبان و ادراک، تأثیر می‌گذارد [۱۸].

مدل‌ها و رویکردهای مختلفی برای توصیف نحوه سازمان‌دهی کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در مغز پیشنهاد شده است. یکی از اصول سازمان‌دهی رایج، که اخیراً پیشنهاد شده، تمایز بین حوزه‌های گرم (پاداش یا مرتبط با عاطفه) و سرد (صرفاً شناختی) است. در این مدل، مؤلفه‌های کارکرد اجرایی عصبی - شناختی به دو دسته گرم و سرد تقسیم می‌شوند. قشر جلوی مغز به‌طور سنتی با عملکردهای اجرایی مرتبط است، اما قشر کمربندی قدامی و خلفی نیز نقش قابل‌توجهی در کارکردهای اجرایی ایفا می‌کند [۱۹].

باوجود شیوع زیاد کم‌خونی فقر آهن در ایران، اغلب پژوهش‌های داخلی بر ابعاد تغذیه‌ای و جسمانی این اختلال متمرکز بوده‌اند و ابعاد شناختی و عصبی - روانی آن کمتر بررسی شده است. درحالی‌که یافته‌های بین‌المللی حاکی از ارتباط مستقیم کم‌خونی فقر آهن با افت در کارکردهای اجرایی، نظیر توجه، حافظه کاری، بازداری پاسخ و تصمیم‌گیری است، در ایران پژوهش‌های اندکی به‌صورت تجربی و مقایسه‌ای به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. از این‌رو، به نظر می‌رسد خلأ قابل‌توجهی در ادبیات پژوهشی کشور در زمینه بررسی تفاوت کارکردهای اجرایی میان افراد دارای کم‌خونی فقر آهن و افراد عادی وجود دارد. پژوهش حاضر در جهت پرکردن این خلأ، با هدف مقایسه کارکرد اجرایی در دو گروه یادشده انجام گرفته است.

بنابراین، با توجه به اهمیت شناخت تأثیرات کم‌خونی فقر آهن در فرایندهای عصبی - شناختی، بررسی ابعاد مختلف این اختلال، ازجمله کارکردهای اجرایی، ضرورتی علمی و کاربردی دارد. شناسایی میزان نوع تأثیر کم‌خونی فقر آهن در کارکردهای اجرایی می‌تواند درک عمیق‌تری از پیامدهای شناختی این اختلال فراهم کند و زمینه‌ساز طراحی مداخلات درمانی، آموزشی و تغذیه‌ای مؤثر برای بهبود عملکرد شناختی افراد مبتلا شود. از این‌رو، انجام پژوهش حاضر می‌تواند در توسعه دانش بومی و ارتقای سلامت شناختی جامعه گامی مهم به شمار آید. در آخر، این مطالعه سعی دارد به بررسی مقایسه کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد دارای کم‌خونی فقر آهن با افراد عادی بپردازد، تا بتواند به پرسش ذیل پاسخ دهد: آیا میان کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد دارای کم‌خونی فقر آهن با افراد عادی تفاوتی وجود دارد؟

روش کار

در این پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر غربالگری است که ۳۴۰ نفر از تیرماه تا مهرماه سال ۱۴۰۳ به آزمایشگاه خصوصی آرامش، واقع در شهر تهران، مراجعه کرده بودند. پس از مراجعه این افراد به آزمایشگاه آرامش، نرم‌افزارهای مربوطه در آزمایشگاه افرادی

می‌شود [۱]. طبقه‌بندی کم‌خونی شامل سه سطح خفیف، متوسط و شدید است که براساس میزان هموگلوبین در گروه‌های مختلف جمعیتی تعیین می‌شود و به‌عنوان معیارهای استاندارد برای ارزیابی و تشخیص شدت کم‌خونی در گروه‌های مختلف جمعیتی استفاده می‌شوند [۲]. این طبقه‌بندی با واحد گرم در لیتر به شرح زیر است:

- کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه: بدون کم‌خونی، برابر یا بیشتر از ۱۱۰ گرم در لیتر، کم‌خونی خفیف بین ۱۰۰ تا ۱۰۹، کم‌خونی متوسط بین ۷۰ تا ۹۹، کم‌خونی شدید کمتر از ۷۰؛
- کودکان ۵ تا ۱۱ ساله: بدون کم‌خونی، برابر یا بیشتر از ۱۱۵، کم‌خونی خفیف بین ۱۱۰ تا ۱۱۴، کم‌خونی متوسط بین ۸۰ تا ۱۰۹، کم‌خونی شدید کمتر از ۸۰؛
- کودکان ۱۲ تا ۱۴ ساله: بدون کم‌خونی، برابر یا بیشتر از ۱۲۰، کم‌خونی خفیف بین ۱۱۰ تا ۱۱۹، کم‌خونی متوسط بین ۸۰ تا ۱۰۹، کم‌خونی شدید کمتر از ۸۰؛
- زنان غیرباردار ۱۵ تا ۴۹ ساله: بدون کم‌خونی، برابر یا بیشتر از ۱۲۰، کم‌خونی خفیف بین ۱۱۰ تا ۱۱۹، کم‌خونی متوسط بین ۸۰ تا ۱۰۹، کم‌خونی شدید کمتر از ۸۰؛
- زنان باردار: بدون کم‌خونی، برابر یا بیشتر از ۱۱۰، کم‌خونی خفیف بین ۱۰۰ تا ۱۰۹، کم‌خونی متوسط بین ۷۰ تا ۹۹، کم‌خونی شدید کمتر از ۷۰؛
- مردان ۱۵ ساله و بالاتر: بدون کم‌خونی، برابر یا بیشتر از ۱۳۰، کم‌خونی خفیف بین ۱۱۰ تا ۱۲۹، کم‌خونی متوسط بین ۸۰ تا ۱۰۹، کم‌خونی شدید کمتر از ۸۰.

مطالعات محدودی درباره وضعیت آماری کم‌خونی فقر آهن در ایران انجام شده است. آخرین گزارش‌ها، که دهقانی و همکاران [۱۱] منتشر کرده‌اند، نشان می‌دهند که شیوع کم‌خونی فقر آهن در زنان باردار ۱۵/۷۱ درصد و در کودکان خردسال ۱۹/۹۱ درصد برآورد شده است. علاوه بر این، تحلیل شیوع کم‌خونی فقر آهن در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۱۶/۳۲ درصد و ۱۲/۷۵ درصد بوده است. در بررسی‌های منطقه‌ای، شیوع این کم‌خونی در نواحی شرقی، غربی، مرکزی، جنوبی و شمالی ایران به ترتیب ۱۷/۸، ۷/۹۷، ۱۹/۹۷، ۱۳/۴۵ و ۱۷/۸۲ درصد تخمین زده شده است.

شواهد متعددی نشان داده‌اند که کم‌خونی فقر آهن می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر کارکرد اجرایی عصبی - شناختی داشته باشد؛ زیرا میان سطح هموگلوبین و کارکرد اجرایی افراد ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد، به‌طوری که کاهش هموگلوبین سبب کاهش سطح اکسیژن در مغز و به تبع آن، باعث آسیب‌دیدن نورون‌های مغزی می‌شود که در نتیجه آن، کارکرد اجرایی افراد کاهش می‌یابد [۱۲، ۱۳].

کارکردهای اجرایی عصبی - شناختی فرایندهای شناختی سطح بالایی هستند که اغلب با لوب پیشانی مرتبط هستند و در سازمان‌دهی منابع ذهنی برای دستیابی به اهداف نقش مهمی ایفا می‌کنند [۱۴]. این فرایندها به ما کمک می‌کنند که به‌طور ذهنی با ایده‌ها بازی کنیم، قبل از عمل‌کردن زمانی برای فکرکردن داشته باشیم، با چالش‌های جدید و غیرمنتظره روبه‌رو شویم، در برابر وسوسه‌ها مقاومت کنیم و تمرکز خود را حفظ کنیم. کارکردهای اجرایی اصلی شامل مهار پاسخ‌ها (که شامل مهار خود، یعنی مقاومت در برابر وسوسه‌ها و

را که طی حداکثر یک ماه اخیر، هموگلوبین و فریتین پایین داشتند (شامل ۱۷۰ نفر) و وضعیت هموگلوبین ۸/۰ تا ۱۰/۰ گرم در دسی لیتر و سطح فریتین کمتر از ۳۰ نانوگرم در میلی لیتر داشتند، شناسایی کردند. همچنین، افراد عادی (شامل ۱۷۰ نفر) در این پژوهش، شامل کسانی می شدند که هیچ مشکل خونی ای (از جمله قند خون، چربی خون، مشکلات کبدی و کلیه و غیره) در آزمایش

خونشان، حداکثر تا یک ماه اخیر، گزارش نشده بود و محدوده طبیعی متناسب با هموگلوبین، بالای ۱۳ گرم در دسی لیتر در مردان و بالای ۱۲ گرم در دسی لیتر در زنان و محدوده طبیعی متناسب با فریتین، بالاتر از ۳۰ نانوگرم در میلی لیتر داشتند. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	طبقه بندی	فراوانی	درصد
جنسیت	خانم	۲۴۲	۷۱/۲
	آقا	۹۸	۲۸/۸
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۵۲	۴۴/۸
	تا ۴۰ سال	۱۲۸	۳۷/۶
	۴۰ سال و بیشتر	۶۰	۱۷/۶
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۱۰۵	۳۰/۹
	لیسانس	۱۱۴	۳۳/۵
	تحصیلات تکمیلی	۱۲۱	۳۵/۶
وضعیت تأهل	متاهل	۱۶۶	۴۸/۸
	مجرد	۱۷۴	۵۱/۲

ملاک های ورود برای افراد کم خونی فقر آهن و افراد عادی به این شرح بود:

ملاک های ورود افراد عادی به پژوهش: ۱. بزرگسالان خانم و آقا در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۴ سالگی؛ ۲. افرادی که به تازگی (کمتر از یک ماه) به آزمایشگاه مراجعه کرده بودند و هیچ مشکل خونی ای (از جمله قند خون، چربی خون، مشکلات کبد و کلیه و غیره) در آزمایش خون این افراد گزارش نشده بود و هموگلوبین و فریتین در محدوده نرمال قرار داشتند.

ملاک های ورود افراد کم خونی فقر آهن به پژوهش: ۱. بزرگسالان خانم و آقا در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۴ سالگی؛ ۲. افرادی که به تازگی (کمتر از یک ماه) به آزمایشگاه مراجعه کرده بودند و وضعیت هموگلوبین ۸ تا ۱۰/۹ گرم در دسی لیتر و سطح فریتین کمتر از ۳۰ نانوگرم در میلی لیتر بود؛ ۳. در آزمایش افراد به جز مورد هموگلوبین و فریتین در محدوده کم خونی فقر آهن متوسط مشکل خونی دیگر گزارش نشده بود؛ ۴. مصرف نکردن اسید فولیک، آهن فینول و فرسولفات و در کل، استفاده از مکمل های خوراکی آهن برای درمان در شرکت کنندگان.

برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

دستگاه و کیت آزمایشگاهی

برای بررسی سطح هموگلوبین از دستگاه Mindray 6800 plus ساخت کشور چین و برای بررسی سطح فریتین از کیت پیتستاز روش الایزا استفاده شد.

پرسش نامه کارکرد اجرایی بریف - ای

فهرست رتبه بندی رفتار نسخه عملکرد اجرایی بزرگسالان پرسش نامه ای است که برای ارزیابی عملکرد اجرایی در زندگی روزمره طراحی شده است [۲۰]. این مقیاس برای افراد ۱۸ تا ۹۰ سال و از ۷۵ گویه تشکیل شده است که براساس مقیاس لیکرت سه درجه ای (هرگز،

گاهی، اغلب) نمره گذاری می شود؛ به گونه ای که امتیازهای بالاتر نشان دهنده ضعف بیشتر در عملکرد اجرایی هستند.

این ابزار نه خرده مقیاس را می سنجد که عبارتند از: مهار کردن، تغییر مکان، کنترل عاطفی، خود نظارتی، آغاز کردن، حافظه کاری، برنامه ریزی و سازمان دهی، آگاهی از وظیفه و سازمان مواد.

تحلیل عاملی نسخه استاندارد این مقیاس دو عامل اصلی را شناسایی کرده است: ۱. تنظیم رفتاری (شامل مهار کردن، خود نظارتی، تغییر مکان و کنترل عاطفی)؛ ۲. فراشناخت (شامل آغاز کردن، حافظه کاری، برنامه ریزی/ سازمان دهی، آگاهی از وظیفه و سازمان مواد). در نهایت، مجموع نمرات خام این دو عامل نمره کلی عملکرد اجرایی را تعیین می کند [۲۰، ۲۱]. پایایی خرده مقیاس های کارکرد اجرایی در پژوهش حاضر بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است.

برای اجرای پژوهش، پس از بررسی نتایج آزمایش های مراجعان، افرادی با سطوح پایین هموگلوبین و فریتین، که واجد معیارهای ورود بودند، شناسایی شدند. پس از تماس و ارائه توضیحات لازم، رضایت آگاهانه از آنها اخذ و لینک پرسش نامه عملکرد اجرایی بریف - ای به صورت آنلاین برای آنان ارسال شد. همچنین، گروه کنترل شامل افراد بزرگسال سالم با نتایج آزمایشگاهی در محدوده طبیعی و بدون سابقه گزارش شده بیماری مزمن بودند و همان روند اطلاع رسانی و رضایت گیری برای آنها انجام گرفت. داده ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی با آزمون ناپارامتریک من - ویتنی، با استفاده از نسخه ۲۷ نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی و علی - مقایسه ای بود که با هدف مقایسه کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد مبتلا به کم خونی فقر آهن و افراد عادی انجام شد.

این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش بود که آیا تفاوتی میان کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد دارای کم خونی فقر آهن با

سازمان‌دهی، آگاهی‌دهنده وظیفه، سازمان مواد، فراشناخت، تنظیم رفتار و کارکرد اجرایی کلی، تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنادار است ($P=0/00$). به عبارت دیگر، عملکرد افراد دارای کم‌خونی فقر آهن در تمامی مؤلفه‌های کارکرد اجرایی به‌طور معناداری ضعیف‌تر از گروه عادی مشاهده شد. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر کم‌خونی فقر آهن در جنبه‌های مختلف کارکرد اجرایی، از جمله کنترل شناختی، حافظه کاری و تنظیم هیجانی است.

افراد عادی وجود دارد. در این پژوهش، برطبق نتایج به‌دست‌آمده از تست نرمالیت، به‌دلیل توزیع غیرنرمال داده‌ها، برای مقایسه شاخص‌های کارکرد اجرایی بین دو گروه افراد دارای کم‌خونی فقر آهن با افراد عادی، از آزمون غیرپارامتریک من - ویتنی استفاده شد. در آخر، نتایج نشان داد که میانگین تمام مؤلفه‌های کارکرد اجرایی در گروه دارای کم‌خونی فقر آهن پایین‌تر از گروه عادی است. به‌منظور مقایسه تفاوت‌های بین دو گروه، از آزمون من - ویتنی استفاده شد. نتایج نشان داد که در تمام شاخص‌ها، شامل مهارکردن، تغییر مکان، کنترل عاطفی، خودنظارتی، آغازکردن، حافظه کاری، برنامه‌ریزی -

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

شاخص	میانگین $\pm$ انحراف معیار	رتبه میانگین	میانگین $\pm$ انحراف معیار	رتبه میانگین	میانگین $\pm$ انحراف معیار
مهارکردن	$0/32 \pm 1/78$	۲۴۱/۶۸	$0/2 \pm 1/22$	۹۹/۳۲	$0/38 \pm 1/5$
تغییر مکان	$0/34 \pm 1/95$	۲۴۸/۱۱	$0/24 \pm 1/19$	۹۲/۸۹	$0/48 \pm 1/57$
کنترل عاطفی	$0/31 \pm 1/97$	۲۵۰/۸۹	$0/22 \pm 1/16$	۹۱/۱۱	$0/49 \pm 1/57$
خودنظارتی	$0/42 \pm 1/63$	۲۷۳/۲۸	$0/19 \pm 1/1$	۱۰۳/۷۲	$0/42 \pm 1/37$
آغازکردن	$0/32 \pm 1/75$	۲۴۳/۸۷	$0/2 \pm 1/19$	۹۷/۱۳	$0/39 \pm 1/47$
حافظه کاری	$0/35 \pm 1/84$	۲۴۵/۴۳	$0/18 \pm 1/16$	۹۵/۵۷	$0/44 \pm 1/5$
برنامه‌ریزی - سازماندهی	$0/32 \pm 1/76$	۲۴۰/۵۲	$0/2 \pm 1/21$	۱۰۰/۴۸	$0/38 \pm 1/48$
آگاهی‌دهنده وظیفه	$0/35 \pm 1/86$	۲۴۸/۶۹	$0/2 \pm 1/13$	۹۲/۳۱	$0/46 \pm 1/49$
سازمان مواد	$0/44 \pm 1/68$	۲۶۶/۸۲	$0/31 \pm 1/17$	۱۱۴/۱۸	$0/43 \pm 1/42$
فراشناخت	$0/31 \pm 1/78$	۲۴۸/۰۳	$0/16 \pm 1/17$	۹۲/۹۷	$0/39 \pm 1/47$
تنظیم رفتار	$0/26 \pm 1/83$	۲۵۲/۱۶	$0/16 \pm 1/17$	۸۸/۸۴	$0/4 \pm 1/5$
کارکرد اجرایی	$0/28 \pm 1/18$	۲۵۱/۳۵	$0/16 \pm 1/17$	۸۹/۶۵	$0/39 \pm 1/49$
تعداد	۱۷۰		۱۷۰		۳۴۰

است. نتایج نشان می‌دهد افراد دارای کم‌خونی فقر آهن در مقایسه با افراد عادی کارکرد اجرایی ضعیف‌تری دارند؛ زیرا میانگین به‌دست‌آمده در شاخص‌های کارکرد اجرایی در افراد دارای کم‌خونی فقر آهن در مقایسه با افراد عادی بالاتر است.

میانگین شاخص‌های مهارکردن، تغییر مکان، کنترل عاطفی، خودنظارتی، آغازکردن، حافظه کاری، برنامه‌ریزی - سازمان‌دهی، آگاهی‌دهنده وظیفه، سازمان مواد، فراشناخت، تنظیم رفتار و کارکرد اجرایی در افراد دارای کم‌خونی فقر آهن و افراد عادی در جدول ۲ آمده

جدول ۳. آزمون من - ویتنی برای مقایسه شاخص‌های کارکرد اجرایی در هر دو گروه

آزمون من - ویتنی	P
مهارکردن	۲۳۴۹/۵
تغییر مکان	۱۲۵۵/۵
کنترل عاطفی	۷۸۴/۵
خودنظارتی	۳۰۹۷
آغازکردن	۱۹۷۷
حافظه کاری	۱۷۱۲/۵
برنامه‌ریزی - سازمان‌دهی	۲۵۴۷
آگاهی‌دهنده وظیفه	۱۱۵۸/۵
سازمان مواد	۴۸۷۶
فراشناخت	۱۲۷۰/۵
تنظیم رفتار	۵۶۷
کارکرد اجرایی	۷۰۶

آگاهی‌دهنده وظیفه، سازمان مواد، فراشناخت، تنظیم رفتار و کارکرد اجرایی افراد دارای کم‌خونی فقر آهن در مقایسه با افراد عادی است.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در افراد دارای کم‌خونی فقر آهن و افراد عادی در رده سنی ۱۸ تا ۴۴ سال انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که کم‌خونی به‌طور قابل توجهی

براساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون من - ویتنی (جدول ۳)، متغیرهای بررسی‌شده نشان می‌دهند که تمامی شاخص‌ها دارای مقدار $(P=0/00)$ هستند. این مقدار نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین گروه‌های مقایسه‌شده در تمامی شاخص‌هاست. مقدار آماره آزمون برای هر متغیر نیز نشان‌دهنده تفاوت چشمگیر شاخص‌های مهارکردن، تغییر مکان، کنترل عاطفی، خودنظارتی، آغازکردن، حافظه کاری، برنامه‌ریزی - سازمان‌دهی،

کاهش تمرکز، کندی پردازش اطلاعات و دشواری در کنترل احساسات و رفتار می‌شود، درحالی‌که افراد سالم عملکرد بهتری در تصمیم‌گیری، کنترل هیجان و انعطاف‌پذیری ذهنی دارند. تأمین آهن کافی نه تنها برای سلامت جسمانی، بلکه برای حفظ و تقویت توانایی‌های شناختی و اجرایی اهمیت دارد.

پژوهش حاضر، همانند دیگر مطالعات توصیفی - مقایسه‌ای، با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب شرکت‌کنندگان از میان مراجعان آزمایشگاه، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین، به دلیل انجام پژوهش در مقطع زمانی مشخص، امکان تبیین روابط علی میان کم‌خونی فقر آهن و عملکرد اجرایی وجود ندارد. در آخر، گردآوری داده‌ها به صورت آنلاین احتمال کاهش دقت پاسخ‌ها و کنترل پژوهشگر بر شرایط آزمون را به دنبال داشته است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده افراد را براساس درجه کم‌خونی (خفیف، متوسط، شدید) طبقه‌بندی، و عملکرد اجرایی آن‌ها را مقایسه کنند، تا درک دقیق‌تری از آثار شناختی این وضعیت فراهم شود. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای بهبود تشخیص، طراحی مداخلات زود هنگام، برنامه‌های توان بخشی شناختی و راهبردهای آموزشی و درمانی مؤثر، در حوزه‌های علوم شناختی، روان‌شناسی بالینی و عصب‌روان‌شناسی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از دریافت کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1403.098 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خراسان (اصفهان) و کسب مجوزهای لازم انجام شد و تمام ملاحظات اخلاقی در این زمینه رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع نداشتند.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی و اجرای مطالعه سهمیه بوده‌اند.

حمایت مالی

این طرح تحقیقاتی حامی مالی نداشته است.

با ابعاد کارکرد اجرایی عصبی - شناختی مرتبط است و موجب تضعیف این عملکرد می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به کم‌خونی فقر آهن در مقایسه با افراد عادی در مؤلفه‌های مهار کردن، تغییر مکان، کنترل عاطفی، خودنظارتی، آغاز کردن، حافظه کاری، برنامه‌ریزی/ سازمان‌دهی، آگاهی از وظیفه و سازمان مواد عملکرد ضعیف‌تری دارند. این نتایج بر اهمیت تشخیص و مداخله زود هنگام در کم‌خونی فقر آهن، به منظور بهبود عملکرد اجرایی و کیفیت زندگی، تأکید دارد.

رابطه بین کم‌خونی فقر آهن و کارکرد اجرایی عصبی - شناختی در مطالعات آگراوال و همکاران [۱۲]، ایلماز و همکاران [۲۲]، کوک و همکاران [۲۳]، جارگوی - لوبرا [۲۴] و فرتهام و همکاران [۲۵] نیز بررسی شده است و یافته‌های کنونی با نتایج پژوهش‌های پیشین مطابقت دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش سطح هموگلوبین افزایش مشکلات عملکرد اجرایی همراه است و افراد با هموگلوبین پایین‌تر، مشکلات شناختی بیشتری دارند [۱۲]. آهن، که جزء ضروری هموگلوبین است [۴]، علاوه بر نقش حیاتی در تأمین اکسیژن سلولی، در بسیاری از فرایندهای فیزیولوژیکی بدن و رشد و حفظ عملکرد شبکه‌های عصبی نقش اساسی ایفا می‌کند [۳، ۲۳، ۲۶]. کمبود آهن، به ویژه در ترکیب با دیگر کمبودهای ریزمغذی، می‌تواند پیامدهای شناختی و رفتاری قابل توجهی ایجاد کند [۲۴]؛ زیرا با کاهش میلین‌سازی در مغز و اختلال در متابولیسم مونوآمین‌ها، حافظه، یادگیری و مهارت‌های حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۷]. بنابراین، مؤلفه‌های کارکرد اجرایی، شامل حافظه کاری، مهار پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی و سیالی ذهنی، به سطح هموگلوبین وابستگی زیادی دارند و این ارتباط نشان می‌دهد که کمبود آهن صرفاً نوعی مشکل فیزیولوژیک نیست، بلکه در شناخت، خلق‌وخو و کیفیت زندگی تأثیر منفی مستقیمی دارد [۱۲، ۲۸].

تبیین این نتایج نشان می‌دهد که افت عملکرد اجرایی در افراد مبتلا به کم‌خونی فقر آهن، بازتابی از اختلال در فرایندهای پایه‌ای عصبی - زیستی است. کاهش سطح آهن با برهم‌زدن تعادل اکسیژن‌رسانی، میلین‌سازی و سنتز ناقل‌های عصبی، کارایی شبکه‌های مغزی مسئول حافظه کاری، بازداری پاسخ و انعطاف‌پذیری شناختی را کاهش می‌دهد. بر این اساس، کم‌خونی فقر آهن نه تنها نوعی اختلال همتولوژیک، بلکه عاملی مؤثر در تضعیف کارکردهای اجرایی و بروز پیامدهای شناختی محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که کم‌خونی فقر آهن موجب

References

- Kumar A, Sharma E, Marley A, Samaan MA, Brookes MJ. Iron deficiency anaemia: pathophysiology, assessment, practical management. BMJ Open Gastroenterol. 2022;9(1):e000759. [DOI: 10.1136/bmjgast-2021-000759] [PMID: 34996762]
- Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. J Intern Med. 2020;287(2):153-170. [DOI: 10.1111/joim.13004] [PMID: 31665543]
- Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. Ann N Y Acad Sci. 2019;1450(1):15-31. [DOI: 10.1111/nyas.14092] [PMID: 31008520]
- Warner, MJ, Kamran MT. Iron deficiency anemia, StatPearls [Internet]; 2025. [PMID: 28846348]
- Pasricha SR, Tye-Din J, Muckenthaler MU, Swinkels DW. Iron deficiency. Lancet. 2021;397(10270):233-248. [DOI: 10.1016/s0140-6736(20)32594-0] [PMID: 33285139]
- Iolascon A, Andolfo I, Russo R, Sanchez M, Busti F, Swinkels D, et al. Recommendations for diagnosis, treatment, and prevention of iron deficiency and iron

- deficiency anemia. *Hemasphere*. 2024;8(7):e108. [DOI: [10.1002/hem3.1081](https://doi.org/10.1002/hem3.1081)] [PMID: [39011129](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39011129/)]
7. DeLoughery TG. Iron Deficiency anemia. *Med Clin North Am*. 2017;101(2):319-332. [DOI: [10.1016/j.mcna.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.09.004)] [PMID: [28189173](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28189173/)]
8. Leung AK, Lam JM, Wong AH, Hon KL, Li X. Iron deficiency anemia: An updated review. *Curr Pediatr Rev*. 2024;20(3):339-356. [DOI: [10.2174/1573396320666230727102042](https://doi.org/10.2174/1573396320666230727102042)] [PMID: [37497686](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37497686/)]
9. Badireddy M, Baradhi KM. Chronic anemia. *StatPearls [Internet]*; 2025. [PMID: [30521224](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521224/)]
10. Turner J, Parsi M, Badireddy M. Anemia. *StatPearls [Internet]*; 2023. [PMID: [29763170](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763170/)]
11. Dehghani A, Molani-Gol R, Rafrat M, Mohammadi-Nasrabadi F, Khodayari-Zarnaq R. Iron deficiency anemia status in Iranian pregnant women and children: an umbrella systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):381. [DOI: [10.1186/s12884-024-06575-z](https://doi.org/10.1186/s12884-024-06575-z)] [PMID: [38778245](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778245/)]
12. Agrawal S, Kumar S, Ingole V, Acharya S, Wanjari A, Bawankule S, et al. Does anemia affects cognitive functions in neurologically intact adult patients: Two year cross sectional study at rural tertiary care hospital. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(9):3005-3008. [DOI: [10.4103/jfmpc.jfmpc_599_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_599_19)] [PMID: [31681682](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31681682/)]
13. Gattas BS, Ibetoh CN, Stratulat E, Liu F, Wuni GY, Bahuva R, et al. The impact of low hemoglobin levels on cognitive brain functions. *Cureus*. 2020;12(11):e11378. [DOI: [10.7759/cureus.11378](https://doi.org/10.7759/cureus.11378)] [PMID: [33312780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33312780/)]
14. Gonzalez-Gomez R, Rodríguez-Villagra OA, Schulte M, Torralva T, Ibáñez A, Huepe D, et al. Neurocognitive factorial structure of executive functions: Evidence from neurotypicals and frontotemporal dementia. *Cortex*. 2021;145:79-96. [DOI: [10.1016/j.cortex.2021.08.015](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2021.08.015)] [PMID: [34689034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34689034/)]
15. Friedman NP, Miyake A. Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*. 2017;86:186-204. [DOI: [10.1016/j.cortex.2016.04.023](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.04.023)] [PMID: [27251123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27251123/)]
16. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135-168. [DOI: [10.1146/annurev-psych-113011-143750](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750)] [PMID: [23020641](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23020641/)]
17. Lin B, Liew J, Perez M. Measurement of self-regulation in early childhood: relations between laboratory and performance-based measures of effortful control and executive functioning. *Early Child Res Q*. 2019;47:1-8. [DOI: [10.1016/j.ecresq.2018.10.004](https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.10.004)] [PMID: [31223199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31223199/)]
18. Torkizadeh F, Soltani A, Takhayori M, Manzari Tavakoli A, Zare M. Effectiveness of motor skills training on executive functions in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Res Behav Sci*. 2021;18(4):439-448. [DOI: [10.52547/rbs.18.4.439](https://doi.org/10.52547/rbs.18.4.439)]
19. Salehinejad MA, Ghanavati E, Rashid MH, Nitsche MA. Hot and cold executive functions in the brain: A prefrontal-cingular network. *Brain and Neurosci Adv*. 2021;5:23982128211007769. [DOI: [10.1177/23982128211007769](https://doi.org/10.1177/23982128211007769)] [PMID: [33997292](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33997292/)]
20. Roth RM, Lance CE, Isquith PK, Fischer AS, Giancola PR. Confirmatory factor analysis of the behavior rating inventory of executive function-adult version in healthy adults and application to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Clin Neuropsychol*. 2013;28(5):425-434. [DOI: [10.1093/arclin/act031](https://doi.org/10.1093/arclin/act031)] [PMID: [23676185](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23676185/)]
21. Mani A, Ghelijkhani S, Haghighat R, Ahmadzadeh L, Chohedri E, Heydari ST. Validity and reliability of the Persian version of the self-report form of Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A). *Shiraz E-Med J*. 2018;19(2):e14295. [DOI: [10.5812/semj.14295](https://doi.org/10.5812/semj.14295)]
22. Yilmaz Y, Terzi H, Taşova B. Executive functions and psychiatric disorders in adults with iron deficiency anemia. *Cukurova Med J*. 2023;48(2):394-401. [DOI: [10.17826/cumj.1252790](https://doi.org/10.17826/cumj.1252790)]
23. Cook RL, O'Dwyer NJ, Parker HM, Donges CE, Cheng HL, Steinbeck KS, et al. Iron deficiency anemia, not iron deficiency, is associated with reduced attention in healthy young women. *Nutrients*. 2017;9(11):1216. [DOI: [10.3390/nu9111216](https://doi.org/10.3390/nu9111216)] [PMID: [29113086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29113086/)]
24. Jáuregui-Lobera I. Iron deficiency and cognitive functions. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:2087-2095. [DOI: [10.2147/ndt.s72491](https://doi.org/10.2147/ndt.s72491)] [PMID: [25419131](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25419131/)]
25. Fretham SJ, Carlson ES, Georgieff MK. The role of iron in learning and memory. *Adv Nutr*. 2011;2(2):112-121. [DOI: [10.3945/an.110.000190](https://doi.org/10.3945/an.110.000190)] [PMID: [22332040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22332040/)]
26. Ferreira A, Neves P, Gozzelino R. Multilevel impacts of iron in the brain: the cross talk between neurophysiological mechanisms, cognition, and social behavior. *Pharm*. 2019;12(3):126. [DOI: [10.3390/ph12030126](https://doi.org/10.3390/ph12030126)] [PMID: [31470556](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31470556/)]
27. Kim J, Wessling-Resnick M. Iron and mechanisms of emotional behavior. *J Nutr Biochem*. 2014;25(11):1101-1107. [DOI: [10.1016/j.jnutbio.2014.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jnutbio.2014.07.003)] [PMID: [25154570](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25154570/)]
28. Farzadi F, Behrooz N, Shahni-Yeylagh M, Omidian M. Examining the psychometric properties of a new scale for executive function delays and disorders in executive function and learning: executive functions, attention, and learning performance scale. *J Psychol Sci*. 2021;19(96), 1607-1623. [DOI: [10.1001.1.17357462.1399.19.96.1.9](https://doi.org/10.1001.1.17357462.1399.19.96.1.9)]