

Study of social development of Kermanshah province From 2006 to 2016

kievan ghashghaei

Master of Sociology from Tehran University of Science and Research, Kermanshah, Iran.

(Corresponding Author). sociology.k.gh@gmail.com

Abstract

Purpose: The aim of this study was to quantitatively study the social development of Kermanshah province from 2006 to 2016. This study tries to describe the social development situation of Kermanshah province and has adapted the current situation to the codified development programs.

Methodology: This is an applied research that has been done by descriptive-comparative method. This research is one of the few researches. Documentary method has been used to collect data, because the research data is based on information extracted from population and housing censuses, data from the Statistics Center of Iran, and the like. For quantitative analysis of social development, this variable has been measured with components such as health, housing, education, employment and social welfare and welfare.

Results: The research findings showed that development has taken place in the fields of health and education, but does not comply with the fourth and fifth development plans. In the field of housing and employment, development has not been discussed and the category of social welfare and welfare has been developed in different dimensions, but the fourth and fifth development plans are ambiguous on this issue and the degree of compliance between this category and development plans can be assessed. is not.

Keywords: Social Development, Kermanshah Province, Fourth Development Plan, Fifth Development Plan, Quantitative Analysis

بررسی توسعه اجتماعی استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵

کیوان قشقائی

کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران

(نویسنده مسئول). sociology.k.gh@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی کمی توسعه اجتماعی استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ انجام شد. این پژوهش سعی در توصیف وضعیت توسعه اجتماعی استان کرمانشاه دارد و به تطبیق وضع موجود با برنامه‌های مدون توسعه پرداخته است.

روش: این پژوهش از نوع کاربردی می‌باشد که به روش توصیفی-تطبیقی انجام شده است. این پژوهش از نوع پژوهش‌های کمی است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش اسنادی استفاده شده است، چرا که مبنای داده‌های پژوهش اطلاعات مستخرج از سرشماری-های نفوس و مسکن، داده‌های مرکز آمار ایران و مواردی از این قبیل می‌باشد. برای تحلیل کمی توسعه اجتماعی، این متغیر با مؤلفه‌هایی چون بهداشت و درمان، مسکن، آموزش، اشتغال و رفاه اجتماعی و بهزیستی مورد سنجش قرار گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که در حوزه‌های بهداشت و درمان و آموزش توسعه صورت یافته، اما منطبق با برنامه چهارم و پنجم توسعه نمی‌باشد. در حوزه مسکن و اشتغال توسعه قابل بحثی صورت نگرفته و مقوله رفاه اجتماعی و بهزیستی دارای توسعه در ابعاد مختلف بوده اما برنامه چهارم و پنجم توسعه دارای ابهام در باب این موضوع هستند و میزان انطباق بین این مقوله با برنامه‌های توسعه قابل ارزیابی نیست.

کلیدواژه‌ها: توسعه اجتماعی، استان کرمانشاه، برنامه چهارم توسعه، برنامه پنجم توسعه، تحلیل کمی

مقدمه

توسعه به صورت فراگیر پس از جنگ جهانی دوم مطرح شد و یکی از مفاهیم مهم و پُر بحث در علوم اجتماعی است. واژگانی چون بهبود، تقویت، گسترده شدن و ترفیع یافتن همگی مفهوم توسعه را متبادر می‌نمایند. توسعه به وجود آوردن تغییرات اساسی در ساخت اجتماعی، گرایش‌ها و نهادها برای تحقق کامل هدف‌های جامعه است (ازکیا و غفاری، ۱۳۹۰). توسعه جریانی است مستلزم تغییرات اساسی در ساخت اجتماعی، طرز تلقی عامه مردم و نهادهای ملی، تسریع رشد اقتصادی، کاهش نابرابری‌ها و ریشه‌کن کردن فقر مطلق (حبیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). توسعه در لغت به معنای خروج از لفاف و پوشش، وسعت دادن، فراخ کردن، بهتر شدن، قدرتمند شدن، ارتقاء یافتن و افزودن کیفیت است، برداشت‌ها در باب این واژه بسی متفاوت می‌باشد. این مفهوم در حال تحول و وسیع‌تر شدن از نظر مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده است. توسعه، ارتقاء مستمر کل جامعه و نظام اجتماعی به سوی زندگی بهتر، با رفاه بیشتر و انسانی‌تر است.

مفهوم توسعه پس از رنسانس در غرب ظهور یافت و نشانه‌های آن، در عصر انقلاب صنعتی آشکار گشت. پس از اتمام جنگ جهانی دوم این مفهوم به محافل دانشگاهی و مراکز برنامه‌ریزی کشورهای مختلف جهان راه یافت و در اوایل دهه‌های بعد از جنگ جهانی دوم، که سازمان ملل آن‌ها را به نام دهه‌های توسعه نام‌گذاری کرد، عبارت توسعه و نیز گرایش‌های نژادپرستی به صورت موج گسترده‌ای در اروپا، آمریکای شمالی و در بین نخبگان کشورهای نیمه‌صنعتی انتشار یافت. بر اساس این گرایش، ملت‌ها و جوامعی که بخش عمده کره زمین را تشکیل می‌دادند، ابتدا عقب مانده و بعد از مدتی، با عناوین توسعه نیافته یا در حال توسعه توصیف شدند (توکل، ۱۳۸۱). قبل از دهه‌ی هفتاد میلادی در ادبیات رایج، توسعه معطوف به توسعه اقتصادی بود، ولی پس از آن توسعه دارای ابعاد وسیعتری اعم از توسعه اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی شد (نظرپور، ۱۳۷۸). توسعه اجتماعی گسترده‌ترین بُعد از توسعه می‌باشد.

سازمان ملل متحد در اولین سند خود در خصوص توسعه اجتماعی در سال ۱۹۵۴ برای سنجش معیارها و سطوح توسعه اجتماعی که در آن زمان سطوح زندگی نام‌گذاری شده بود این مؤلفه‌ها را برشمرده است؛ بهداشت شامل شرایط جمعیت شناختی، غذا و تغذیه، آموزش و پرورش شامل مواد و مهارت آموزشی، شرایط کار، وضعیت اشتغال، مصرف کل پس اندازها، حمل و نقل، مسکن شامل تسهیلات خانگی، پوشاک، تفریح و استراحت، امنیت اجتماعی، آزادی‌های بشری (زاهدی مازندرانی، ۱۳۹۳). توسعه اجتماعی را می‌توان چنین پنداشت «بهرتر شدن وضعیت و کیفیت زندگی همه‌ی انسان‌ها نسبت به وضع کنونی؛ تأمین نیازهای اولیه انسان؛ تأمین حقوق انسان‌ها و مسئولیت‌پذیری در برابر یکدیگر؛ توسعه نهادهای اجتماعی و بهبود ساختارهای این نهادها و سازمان‌ها در جهت رفاه انسان‌ها؛ بهبود روابط میان انسان‌ها و میان انسان و محیط؛ تقویت و حمایت از استعدادها و توانمندی‌های انسان‌ها در جامعه و زندگی اجتماعی؛ گسترش و تعمیق مشارکت انسان‌ها در تعیین سرنوشت خود و جامعه با همکاری سازمان‌ها و نهادهایی که در جهت توسعه اجتماعی فعالیت می‌کنند» (کلانتری، ۱۳۹۴). گستردگی توسعه اجتماعی امری است که توان دسته بندی تمام ابعاد این مفهوم را ناممکن می‌نماید. مفهوم توسعه اجتماعی از دسته مفاهیمی است که شامل همه‌ی ابعاد زیستن می‌شود.

توسعه اجتماعی همچنین مسیری است برای ارتقای مستمر جامعه و نظام اجتماعی، با بهره‌گیری از مواهب طبیعی، بهبود روابط اجتماعی و امکان رشد افراد از جنبه‌های گوناگون انسانی و نیز نهادسازی و تقسیم دوباره نقش‌های اجتماعی برای دستیابی به عدالت و وفاق و افزایش ضریب امنیت اجتماعی (کلانتری و گنجی، ۱۳۸۴). توسعه اجتماعی پدیده‌ای است که عنایت به آن رشد همه جانبه را در جامعه فراهم می‌آورد. جوامعی که از لحاظ توسعه مشکل دارند، قطعاً با بحران‌ها و آسیب‌های اجتماعی مواجه خواهند شد و برای جلوگیری از بروز نابسامانی باید با شناخت امکانات و بهره‌گیری از همه توانمندی‌ها و برنامه‌ریزی دقیق به توسعه اجتماعی دست یابند (حبیب زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

شاید مهم‌ترین مسائل در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و انسانی جامعه ایران، فقدان چارچوب و الگوی نظری توسعه اجتماعی متناسب با ارکان، عناصر و مؤلفه‌های اقلیمی-جغرافیایی، جمعیتی-قومی و اقتصادی-معیشتی جهت ارائه تحلیل و تبیین از واقعیت‌های جامعه ایران است. چارچوب و الگوهای توسعه پیشنهادی کشورهای توسعه یافته که در برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی ایران مورد استفاده قرار گرفته نه تنها راه‌گشای مشکل توسعه جامعه نبوده بلکه زمینه‌های نامطلوب توسعه اقتصادی-اجتماعی را فراهم ساخته است (سیف‌اللهی و حافظ‌امینی، ۱۳۸۸). به نوعی استفاده از الگویی نامتقارن، از کار افتاده، تقلیدی، نامتناسب و ناقص نتوانسته باب توسعه اجتماعی را باز نماید. چرا که منشاء بسیاری از زوایای برنامه توسعه صرفاً در قالب برنامه‌ای میان مدت و مستقل (عدم تطابق با برنامه‌های پیشین و پسین) و بر پایه تأمین اعتبار مالی، رویکردی سیاسی و در جهت نظارتی هدفمند تهیه و تنظیم شده است. بنابراین انجام چنین پژوهش‌هایی در استان‌هایی که به نظر می‌رسد از توسعه متوازن و همراه با سایر نقاط کشور برخوردار نبوده‌اند، ضروری و حائز اهمیت است.

در جهت تعیبه ملزومات موجود در توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در هر کشوری برنامه‌ای تدوین می‌گردد، که این برنامه‌ها توسعه اجتماعی را مورد بحث و تحلیل قرار می‌دهند. برنامه توسعه شیوه‌ای مرسوم از برنامه‌ریزی برای پیشرفت و بهبود شکل زندگی در تمام کشورهای دنیا می‌باشد، پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ تاکنون شش برنامه تهیه و تنظیم شده است. برنامه اول توسعه از سال ۱۳۶۸ تا سال ۱۳۷۲، برنامه دوم توسعه از سال ۱۳۷۴ تا سال ۱۳۷۸، برنامه سوم توسعه از سال ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۳، برنامه چهارم توسعه از سال ۱۳۸۴ تا سال ۱۳۸۸، برنامه پنجم توسعه از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۴ و برنامه ششم توسعه از سال ۱۳۹۶ تا سال ۱۴۰۰ است. دوره زمانی مورد بررسی در این پژوهش منطبق با دوره زمانی برنامه چهارم و پنجم توسعه است.

با تمام این تفاسیر بحث توسعه اجتماعی را نمی‌توان به شکل کمی یا تنها کیفی مورد ارزیابی قرار داد و آن را محدود به چند موضوع و چند مفهوم دانست. اما می‌توان ابعاد مختلف آن را به صورت جداگانه مورد ارزیابی و تحلیل قرار داد و نتایج را به کلیتی از توسعه اجتماعی تعمیم داد. پژوهش حاضر به شکلی کمی به بررسی و تحلیل توسعه اجتماعی استان کرمانشاه پرداخته و گستره وسیع توسعه اجتماعی را محدود به چند مقوله اعم از بهداشت و درمان، آموزش، مسکن، رفاه اجتماعی و بهزیستی و اشتغال می‌نماید. هدف اصلی این پژوهش رسیدن به پاسخ این سؤال است که استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ دارای توسعه اجتماعی بوده و این توسعه متقارن و منطبق با برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه می‌باشد.

مروری بر پیشینه پژوهش

در اجلاس کپنهاگ^۱ (۱۹۹۵) جهت تحقق توسعه اجتماعی و با توجه به چالش‌های فرارو، ده اقدام مورد تأیید قرار گرفت و کشورهای امضاءکننده متعهد به اقدام به این موارد شدند. این ده مورد تا حدود زیادی معنا و مفهوم توسعه اجتماعی و حیطه‌های مرتبط با آن را مشخص می‌سازند؛ ایجاد فضای قابلیت‌زا برای توسعه اجتماعی در سطح ملی و بین‌المللی، تلاش برای ریشه‌کنی فقر، تلاش برای دستیابی به اشتغال کامل، تلاش در جهت دستیابی به یکپارچگی اجتماعی، اقدام برای بهبود وضعیت زنان، اقدام در جهت دسترسی برابر شهروندان به آموزش و بهداشت، تخصیص مناسب منابع به اولویت‌های توسعه اجتماعی، ادغام اهداف توسعه اجتماعی در برنامه‌های تعدیل ساختاری، تلاش برای تسریع در توسعه کشورهای آفریقایی و سایر کشورهای کم توسعه یافته، تقویت همکاری‌ها برای توسعه اجتماعی از طریق نظام ملل متحد (پیران، ۱۳۸۳).

از کیا توسعه اجتماعی را از مفاهیمی می‌داند که با چگونگی و شیوه زندگی افراد یک جامعه پیوند تنگاتنگی دارد و ناظر بر بالا بردن سطح زندگی عمومی از طریق ایجاد شرایط مطلوب و بهینه در زمینه‌های فقرزدایی، تغذیه، بهداشت، مسکن، اشتغال، آموزش و چگونگی گذران اوقات فراغت می‌باشد (از کیا و غفاری، ۱۳۹۰).

مزمدر^۲ (۱۹۹۶) بر این باور است که توسعه اجتماعی محصول رشد اقتصادی است، رشد اقتصادی و توسعه اقتصادی دو رخداد نامربوط به هم هستند، توسعه اجتماعی و رشد اقتصادی هیچ یک علت اصلی دیگری نیستند، بلکه هر دو به هم وابسته‌اند و توسعه اجتماعی بر رشد اقتصادی اولویت دارد.

فیلیپ^۳ (۲۰۰۰) با اذعان به مشکلات تعریف توسعه اجتماعی می‌گوید من توسعه اجتماعی را فعالیت‌هایی اساسی در حوزه غیرانتفاعی جامعه تعریف می‌کنم، از قبیل آموزش، تغذیه، مراقبت‌های سلامتی، اصلاحات ارضی و پلیس.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر سعی در توصیف وضعیت توسعه اجتماعی استان کرمانشاه دارد و به تطبیق وضع موجود با برنامه‌های مدون توسعه خواهد پرداخت، بنابراین از نوع توصیفی-تطبیقی می‌باشد. ضمن این که در زمره پژوهش‌های کمی قرار دارد. استراتژی این پژوهش قیاسی است، چرا که غایت این پژوهش قیاس یافته‌ها با متن برنامه توسعه می‌باشد. در راستای تحلیل پژوهش به برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه پرداخته می‌شود که روش اسنادی را تداعی می‌نماید. ضمن این که اطلاعات جمعیتی و داده‌های مورد نیاز در جهت تحلیل توسعه اجتماعی از داده‌های خام سرشماری نفوس و مسکن و مرکز آمار ایران و... در دوره‌های متناسب با برنامه‌های توسعه استفاده می‌گردد. داده‌های مدنظر در جهت تحلیل توسعه اجتماعی نیز در جدول شماره (۱) آورده شده است.

1. Copenhagen Summit
2. Mazmdar
3. Philip

جدول ۱. بعد کمی توسعه‌ی اجتماعی

مؤلفه‌ها	سنججه‌ها	شکل سنجش
بهداشت و درمان	بیمارستان و درمانگاه‌ها	تعداد بیمارستان و درمانگاه‌ها
	متخصصین، پزشک‌ها و کادر درمان	تعداد متخصصین، پزشک‌ها و کادر درمان
مسکن	داروخانه و آزمایشگاه	تعداد داروخانه و آزمایشگاه
	مالکیت	تعداد افرادی که صاحب خانه یا مستأجر هستند
آموزش	نوسازی مسکن	میزان بافت فرسوده و تعداد مسکن‌های نوسازی شده
	دانشگاهها	تعداد دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی.
اشتغال	دانشجویان	تعداد دانشجویان نشان از توسعه است.
	مدارس و دانش آموزان	تعدد مدارس، امکان دسترسی به مدارس و تعداد دانش آموزان
رفاه اجتماعی و بهزیستی	سواد	تعداد افراد باسواد و بی سواد
	نرخ بیکاری	نسبت افراد بی کار به افراد ۱۸ تا ۶۰ سال
بهداشت و بهزیستی	مهد کودک	تعداد مهد کودک
	نگهداری کودکان بی سرپرست	تعداد مراکز نگهداری کودکان بی سرپرست
بهداشت و بهزیستی	مراکز توانبخشی اداره بهزیستی	تعداد مراکز توانبخشی اداره بهزیستی
	مراکز پیشگیری اداره بهزیستی	تعداد مراکز پیشگیری در بهزیستی استان کرمانشاه
بهداشت و بهزیستی	کمیته امداد امام خمینی	تعداد خانوارها و افراد کمک گرفته از کمیته امداد امام خمینی
	مستمری بگیران بهزیستی	تعداد خانوارهای مستمری بگیر از اداره کل بهزیستی
بهداشت و بهزیستی	تأمین اجتماعی	تعداد مستمری بگیران تأمین اجتماعی

تحلیل داده‌ها

در ابتدا وضعیت جمعیتی استان کرمانشاه در سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ به تفکیک جنسیت و جمعیت شهرنشین در جدول شماره (۲) نمایش داده شده است.

جدول ۲. جمعیت استان کرمانشاه به تفکیک جنسیت و جمعیت شهرنشین

سال سرشماری	زن	مرد	شهرنشین	روستایی	کل	توزیع نسبی (درصد)
۱۳۸۵	۹۲۲۰۶۰	۹۵۷۳۲۵	۱۲۵۵۳۱۹	۶۲۴۰۶۶	۱۸۷۹۳۸۵	۲/۶۷
۱۳۹۰	۹۶۳۴۴۷	۹۸۱۷۸۰	۱۳۵۵۰۹۴	۵۸۶۶۲۱	۱۹۴۵۲۲۷	۲/۵۹
۱۳۹۵	۹۶۴۴۱۶	۹۸۸۰۱۵	۱۴۶۸۶۱۵	۴۷۸۴۴۴	۱۹۵۲۴۳۴	۲/۴۴

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

توزیع نسبی جمعیت ایران گویای این موضوع است که استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۵ حدود ۲/۶۷، در سال ۱۳۹۰ حدود ۲/۵۹ و در سال ۱۳۹۵ حدود ۲/۴۴ درصد از جمعیت کشور را در بر داشته است، که نشان از کاهش جمعیت استان نسبت به جمعیت کشور را دارد، حال این روند در خصوص نسبت جمعیت شهری و روستایی نیز

چنین است و روند جمعیت روستایی با شیئی تندتر در این استان کاهش یافته است. لذا پژوهش حاضر سعی در تحلیل وضعیت حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور را دارد. با توجه به رشد جمعیت ایران، افزایش جمعیت هر یک از استان‌ها امری طبیعی به نظر می‌رسد؛ در استان کرمانشاه جمعیت از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ رشد داشته، اما متوسط رشد جمعیت در حد بسیار پایینی نسبت به کشور می‌باشد، چنان‌که در جدول شماره (۳) قابل مشاهده است.

جدول ۳. نرخ رشد جمعیت در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵

سال	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵	متوسط رشد سالانه از ۱۳۸۵-۱۳۹۰ (درصد)	متوسط رشد سالانه از ۱۳۹۰-۱۳۹۵ (درصد)
کل کشور	۷۰۴۹۵۷۸۲	۷۵۱۴۹۶۶۹	۷۹۹۲۶۲۷۰	۱/۲۹	۱/۲۴
استان کرمانشاه	۱۸۷۹۳۸۵	۱۹۴۵۲۲۷	۱۹۵۲۴۳۴	۰/۶۹	۰/۷۰

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن

با توجه به داده‌های جدول شماره (۳)، متوسط رشد جمعیت کشور از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ عدد ۱/۲۹ می‌باشد، این در حالی است که متوسط رشد جمعیت استان کرمانشاه در این دوره زمانی ۰/۶۹ درصد است، تصدیقی دیگر بر این که متوسط رشد جمعیت در استان کرمانشاه از کشور پایین‌تر است، داده‌هایی است که نشان می‌دهد متوسط رشد سالانه جمعیت کشور از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ عدد ۱/۲۴ بوده در حالی که در استان کرمانشاه حدود ۰/۷۰ درصد می‌باشد. سهم جمعیت شهرنشینی و روستایی یک کشور می‌تواند نمادی از رویکرد مردم آن کشور نسبت به مسائلی چون کشاورزی، دامداری و تولید باشد. در جدول شماره (۲) سهم جمعیت شهرنشین استان کرمانشاه نشان داده شده است، ضمن این که در جدول شماره (۴) متوسط رشد جمعیت سالانه طی سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نمایانگر وضعیت عدم تناسب در میان جمعیت مناطق شهری و روستایی است.

جدول ۴. درصد جمعیت شهرنشین در کشور و استان کرمانشاه

سال	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
کل کشور	۶۸/۴	۷۱/۳	۷۴
استان کرمانشاه	۶۶/۸	۶۹/۷	۷۵/۲

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن

مشاهده جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که نسبت جمعیت شهرنشین استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۵ کمتر از نسبت جمعیت شهرنشین کل کشور است؛ اما از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ نسبت جمعیت شهرنشین استان کرمانشاه از متوسط نسبت جمعیت شهرنشین کشور بیشتر است. یعنی از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ جمعیت روستایی استان کرمانشاه رو به کاهش بوده و این نشان از مهاجرت روستاییان به شهرها دارد. ضمن این که می‌توان یکی از موانع توسعه هر جامعه‌ای را کاهش جمعیت روستایی‌ها دانست.

جدول ۵. متوسط رشد جمعیت سالانه طی سال ۱۳۸۵-۱۳۹۵ در مناطق روستایی و شهری

روستایی	شهری	کل	
-۱/۰۶	۱/۵۴	۰/۶۹	۱۳۸۵-۱۳۹۰
-۳/۹۹	۱/۶۲	۰/۰۷	۱۳۹۰-۱۳۹۵

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن

داده‌های جدول شماره (۵) تصدیق کاهش جمعیت روستایی و افزایش جمعیت شهرنشینی را نشان می‌دهد. ضمن اینکه این نسبت جمعیت شهرنشینی رو به افزایش است و در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ نسبت جمعیت روستایی استان کرمانشاه ۳/۹۹ رشد منفی داشته است. نرخ جمعیت کهنسال و جوان در هر جامعه‌ای از جمله مباحث جمعیت‌شناختی است که نشانگر نیروی کار و جمعیت نیازمند به حمایت است. در جدول شماره (۶) نرخ جمعیت کهنسال و جوان را به تفکیک جمعیت ۰ تا ۱۴ ساله، ۱۵ تا ۶۴ ساله و بیشتر از ۶۵ سال به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۶. نرخ جمعیت کهنسال و جوان در استان کرمانشاه

سال سرشماری	۰ تا ۱۴ ساله	۱۵ تا ۶۴ ساله	۶۵ ساله و بیشتر
۱۳۸۵	۲۴/۳	۷۰/۲	۵/۵
۱۳۹۰	۲۱/۳	۷۲/۹	۵/۸
۱۳۹۵	۲۱/۸	۷۱/۷	۶/۵

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن

داده‌های جدول شماره (۶) نشان از کاهش جمعیت جوان و افزایش جمعیت پیر در استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ دارد. همین موضوع گویای روند کاهشی جمعیت نیروی کار در استان کرمانشاه می‌باشد که می‌تواند گویای وضعیتی باشد که توسعه در آن روند نزولی را تجربه می‌کند.

بهداشت و درمان

یکی از حقوق و بایسته‌های اولیه در زیستن بشر وجود وجوه اصلی بهداشت و درمان است. بیانیه ۱۹۹۵ کنه‌هاک دستیابی به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و ذهنی را حق همگان و مراقبت‌های بهداشتی اولیه را برای کلیه جوامع از ملزومات می‌داند. در این جوامع توجه به آب آشامیدنی، تأمین پزشک و متخصصین و تأمین نیازهای ساختمانی و تجهیزاتی و دارویی از شاخص‌های توسعه اجتماعی به شمار می‌رود (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). خدمات بهداشتی و درمانی را باید به عنوان یکی از اجزای غیرقابل تفکیک و غیرقابل انکار توسعه در نظر گرفت که باید دارای اهداف، سیاست، برنامه و جایگاه روشن باشد (نیک پور و همکاران، ۱۳۶۸). یکی از مهم‌ترین مشکلات در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای جهان سوم، کمبود امکانات و نیروهای درمانی است، اما از آن مهمتر عدم توازن در توزیع کادر درمان نیز می‌باشد.

عدم توازن در عرضه و تقاضای نیروی انسانی بهداشتی و درمانی، سبب عدم کارایی در ارائه خدمات شده و سازمان‌دهی نادرست نیروها نیز به این عدم کارایی دامن زده است (نیک پور و همکاران، ۱۳۶۸). در شرایطی که هدف اصلی برنامه‌ریزان در کشورهای در حال توسعه بازمانده از توسعه وجود توازن در خدمات بهداشتی و

درمانی در میان تمام قسمت‌های مختلف شهرها و روستاهاست؛ اما تفاوت چشمگیری در بین پایتخت‌ها و شهرهای بزرگ از یک سو و شهرهای کوچک و بخش و نواحی روستایی از دیگر سو قابل مشاهده و ارزیابی است (یارمحمدیان و بهرامی، ۱۳۸۳). این عدم توازن با شرایط رفاه و توسعه اجتماعی همسویی و هم راستایی ندارد، بنابراین بی‌تردید یکی از مواردی که بازدارنده توسعه اجتماعی است، همین نبود خدمات بهداشتی و به عبارتی دیگر نبود خدمات بهداشتی و درمانی یکسان برای آحاد یک جامعه است. در این بررسی به تحلیل کمی وضعیت تحت پوششی اداره تأمین اجتماعی اکتفا می‌شود و در ادامه به بررسی تعداد بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های در سطح استان و سطوح پوششی آنمی پردازیم. جدول شماره (۷) فراوانی بیمه شدگان تأمین اجتماعی را در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵ یعنی در زمان آغاز برنامه چهارم توسعه تا پایان برنامه پنجم توسعه را نشان می‌دهد.

جدول ۷. فراوانی بیمه شدگان تأمین اجتماعی استان کرمانشاه از ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵

سال	اجباری	خاص	بیکاری	توافقی	جمع فعالان	مستمری	تحت پوشش
۱۳۸۴	۳۸۴۲۱۰	۸۵۳۳۰	۳۱۰۱	۳۲۵۱	۲۲۴۴۱۹	۴۴۵۵۷	۴۹۲۴۰۴
۱۳۸۵	۳۵۷۱۲۴	۸۹۲۴۱	۴۷۸۱	۳۴۸۲	۲۳۷۴۱۴	۴۷۳۲۴	۵۰۹۹۸۷
۱۳۸۶	۳۱۲۵۰۱	۹۳۲۴۱	۵۷۳۲	۲۳۵۱	۲۵۴۱۲۱	۵۰۲۳۴	۵۳۲۴۱۰
۱۳۸۷	۲۸۳۲۵۶	۹۷۲۴۵	۶۲۳۰	۴۴۰۱	۲۷۳۲۰۱	۵۴۰۰۹	۵۶۸۷۱۲
۱۳۸۸	۲۴۴۲۵۰	۹۹۵۲۴	۷۱۱۲	۳۵۹۷	۲۹۹۰۱۰	۵۹۱۲۵	۵۹۹۷۱۲
۱۳۸۹	۲۳۹۱۲۵	۱۰۲۶۵۸	۵۹۲۱	۲۷۰۱	۳۲۱۱۲۵	۶۴۲۲۲	۶۲۹۲۴۱
۱۳۹۰	۲۳۴۵۱۴	۱۰۹۷۹۵	۶۴۲۷	۳۰۹۰	۳۵۳۸۲۶	۶۹۳۵۵	۶۴۶۷۹۱
۱۳۹۱	۲۳۲۸۲۳	۱۵۳۵۸۴	۶۱۵۳	۳۴۰۲	۳۹۵۹۶۲	۷۴۶۸۹	۶۹۵۰۹۵
۱۳۹۲	۲۲۹۲۰۱	۱۷۴۷۰۷	۵۱۷۰	۴۱۸۴	۴۱۳۲۶۲	۷۹۹۵۵	۷۳۳۹۴۹
۱۳۹۳	۲۲۱۴۱۲	۱۷۹۳۰۸	۵۱۶۸	۴۱۲۳	۴۱۰۰۱۱	۸۶۳۴۷	۷۳۴۱۰۸
۱۳۹۴	۲۲۴۵۴۴	۱۸۴۹۶۹	۶۴۶۷	۲۹۹۳	۴۱۸۹۷۳	۹۱۲۳۷	۷۵۷۰۳۲
۱۳۹۵	۱۴۳۰۳۶	۹۷۰۷۳	۳۵۶۱	۱۹۵۰	۲۴۵۶۲۰	۹۷۹۷۰	۷۴۷۴۳۳

مأخذ: سالنامه‌های آماری سازمان تأمین اجتماعی

داده‌های موجود در جدول شماره (۷) نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۴ حدود ۲۶/۲ درصد از جمعیت استان تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی هستند؛ در سال ۱۳۹۰ تحت پوششی‌های تأمین اجتماعی به عدد ۳۲/۲ درصد از جمعیت رسیده و در سال ۱۳۹۵ به حدود ۳۸/۲ درصد نزدیک شده است، اما نکته قابل تأمل اعداد مربوط به سال ۱۳۹۵ می‌باشد که روند صعودی ۱۰ ساله را عوض نموده و روند کاهشی تعداد تحت پوشش‌ها را در پی داشته است، در جدول شماره (۸) مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۹۴ به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۸. مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی

سال	مراکز بهداشتی و درمانی			پایگاه بهداشت			تسهیلات زایمانی	خانه‌های بهداشت فعال
	روستایی	شهری	جمع	روستایی	شهری	جمع		
۱۳۸۴	۶۰	۵۷	۱۱۷	۰	۲۳	۲۳	۱۰	۵۵۸
۱۳۹۴	۶۱	۶۹	۱۳۰	۰	۲۵	۲۵	۱۲	۶۴۹

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵

تعداد مراکز بهداشت که بتوانند در صورت لزوم به فردی که دچار مشکل شده‌است خدمات اولیه برای بقا را بدهد در روستاهای این استان محدود به ۶۹ مورد می‌شود، این در حالی است که با توجه به داده‌های جدول شماره (۹) تعداد روستاهای این استان حدود ۲۵۲۴ روستای دارای سکنه است و به ازای هر ۱۰۰ روستا تنها ۲/۷ مرکز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی وجود دارد که این وضعیت می‌تواند مشکل آفرین باشد، چرا که بیش از ۹۷ درصد از روستاها از یک مکان بهداشتی که بتواند به فرد دچار حادثه شده کمک کند، برخوردار نیستند.

جدول ۹. مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی

شهرستان	تعداد روستاها	شهرستان	تعداد روستاها	شهرستان	تعداد روستاها
کرمانشاه	۷۱۳	ثلاث باباجانی	۱۹۵	صحنه	۱۸۵
اسلام‌آباد غرب	۱۷۱	قصر شیرین	۳۷	کنگاور	۸۸
جوانرود	۱۰۱	سرپل ذهاب	۱۶۷	هرسین	۱۲۹
دالاهو	۱۵۱	روانسر	۱۳۴	گیلانغرب	۱۹۲
پاوه	۵۶	سنقر	۲۰۵		

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵

بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها نیز بخشی از توسعه‌ی اجتماعی به حساب می‌آیند، چرا که وجود بخش‌های درمانی می‌تواند امید به زندگی، آرامش، رفاه و سلامتی را به جامعه ارمغان دهند. از میان ۳۰ بیمارستان استان کرمانشاه ۲۰ بیمارستان در شهر کرمانشاه قرار دارند. شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، هرسین، سنقر، سرپل ذهاب، صحنه، کنگاور، قصر شیرین، گیلانغرب، پاوه و جوانرود هر کدام از یک بیمارستان برخوردارند. نکته قابل بحث در این باب سال تأسیس این بیمارستان‌ها است که ۱۹ بیمارستان دارای تاریخ تأسیس قبل از سال ۱۳۶۰ می‌باشند، ضمن این که از سال‌های بعد از انقلاب می‌توان تنها تغییر و توسعه این بیمارستان‌ها را تغییر نام آن‌ها دانست. هم‌چنانی که در میان بیمارستان‌ها و مراکز درمانی گاهی اوقات بازسازی و تعمیرهایی اتفاق می‌افتد که محدود به نقاشی داخل ساختمان‌ها، تغییر در لامپ‌ها، شستشو و نهایتاً سرامیک کف و... که در ساختار بیمارستان اتفاقی مبنی بر توسعه حاصل نمی‌شود.

مسئله دیگری که می‌تواند مورد تأمل قرار گیرد وجود بیمارستان‌های متعدد در مرکز استان و کمبود بیمارستان در بسیاری از مناطق استان است، چنان که در برخی از مناطق این استان اگر فردی بیمار بخواهد به بیمارستانی دسترسی داشته باشد، می‌بایست حدود ۱۳۰ کیلومتر راه را پیماید. اما نکته دیگر که باید به آن توجه شود بیمارستان‌های ویانا (۷۰۰ تختخوابی)، رایانا (۱۵۰ تختخوابی) و حکیم (مرکز رادیوتراپی و شیمی درمانی ۱۵۰

تختخوابی) در شهر کرمانشاه و بیمارستان‌های روانسر، بیمارستان تازه‌آباد، بیمارستان کرندغرب، بیمارستان سرپل ذهاب (۵۰ تختخوابی)، اسلام آباد غرب (۱۰۰ تختخوابی)، قصرشیرین (۹۶ تختخوابی) و بیمارستان پاوه (۱۰۶ تختخوابی) در دست احداث است.

کلینک‌ها و درمانگاه‌های فعال در سطح استان نیز در جدول شماره (۱۰) به نمایش گذاشته شده‌است که گویای تمرکز این درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها در مرکز استان یعنی شهر کرمانشاه می‌باشد و در سایر شهرها غیر از جوانرود هیچ درمانگاهی وجود ندارد.

جدول ۱۰. لیست درمانگاه‌ها و کلینیک‌های استان کرمانشاه

نام	شهرستان	نام	شهرستان
درمانگاه شبانه روزی خورشید	جوانرود	درمانگاه شبانه روزی ابن سینا	کرمانشاه
درمانگاه شبانه روزی نصر	کرمانشاه	درمانگاه شفا بخش رضایی	کرمانشاه
درمانگاه خاتم الانبیا (ص)	کرمانشاه	درمانگاه هلال احمر	کرمانشاه
درمانگاه شبانه روزی پارس	کرمانشاه	درمانگاه فرهنگیان ۲	کرمانشاه
درمانگاه شاهر	کرمانشاه	درمانگاه شهد شفا	کرمانشاه
درمانگاه شبانه روزی پردیس	کرمانشاه	کلینک ویژه دانشگاه مهدیه (۲)	کرمانشاه
کلینک ویژه مادر	کرمانشاه	کلینک فوق تخصصی مهدیه (۱)	کرمانشاه
مرکز جراحی محدود نور	کرمانشاه		

مأخذ: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، داروخانه‌ها، مؤسسات تشخیصی و درمان هسته‌ای و مراکز توانبخشی همگی از دسته مراکز درمانی و بُعد بهداشت و درمان در تشخیص و تحلیل توسعه اجتماعی به حساب می‌آیند. در جدول شماره (۱۱) فراوانی و نوع خصوصی یا دولتی مراکز درمانی در سطح استان کرمانشاه ارائه شده‌است.

جدول ۱۱. آزمایشگاه تشخیص طبی، داروخانه، مؤسسات تشخیصی، درمانی هسته‌ای مرکز توانبخشی در استان کرمانشاه

شرح / سال	دانشگاه علوم پزشکی	تأمین اجتماعی	سایر نهادها	خصوصی	جمع
آزمایشگاه تشخیص طبی	۱۳۸۵	۵۸	۴	۵	۳۹
	۱۳۹۰	۷۴	۴	۱۰	۳۹
	۱۳۹۵	۷۳	۶	۱۲	۴۴
داروخانه	۱۳۸۵	۲۴	۰	۰	۱۳۵
	۱۳۹۰	۲۰	۰	۰	۱۶۶
	۱۳۹۵	۲۰	۲	۵	۲۲۰
مؤسسات تشخیصی، درمانی هسته‌ای	۱۳۸۵	۱۹	۴	۶	۱۴
	۱۳۹۰	۲۲	۴	۷	۲۷
	۱۳۹۵	۲۶	۴	۷	۴۳
مرکز توانبخشی	۱۳۸۵	۷	۲	۷	۳۹
	۱۳۹۰	۸	۲	۵	۴۷
	۱۳۹۵	۱۷	۴	۱۰	۱۵۲

مأخذ: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

نتایجی که می‌توان از مشاهده‌ی جدول شماره (۱۱) استنباط نمود چنین است که تعداد تمامی مراکز درمانی و بهداشتی افزایش یافته‌اند و از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۹۵ بیش از ۵۰ درصد افزایش در این مراکز به چشم می‌خورد، که نمادی از توسعه در بخش بهداشت و درمان می‌تواند توصیف شود. شکل توزیع این مراکز به صورت اعم و داروخانه‌ها به شکل اخص در شرایط مطلوب و خوبی قرار دارد. توسعه در بخش سلامت و وجود مراکزی که بتواند زیستن انسان را بهبود بخشد، یکی از فاکتورهای بی‌قید و شرط در توسعه جوامع به حساب می‌آید. یکی از مهمترین ارکان بهداشت و سلامت نیز اورژانس‌های پیش بیمارستانی می‌باشد که نقشی ویژه در حفظ سلامت را در کشورها خواهد داشت. جدول شماره (۱۲) تعداد پایگاه‌های پیش بیمارستانی را ارائه نموده‌است.

جدول ۱۲. تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی (۱۱۵)

سال	شهری	جاده‌ای	جمع
۱۳۸۵	۱۷	۱۱	۲۸
۱۳۹۰	۲۴	۱۸	۴۲
۱۳۹۵	۲۶	۲۸	۵۴

مأخذ: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

روند رو به رشد فراوانی اورژانس‌های پیش بیمارستانی در جدول شماره ۱۲ مشهود است. اما مسئله حائز اهمیت وجود تناسب در میان جمعیت استان و تعداد این مراکز می‌باشد. با اندکی تأمل می‌توان به این موضوع پی برد که جمعیت قریب به ۲ میلیون نفری استان کرمانشاه تنها ۵۴ مورد مرکز ۱۱۵ دارد که به ازای هر ۴۰۰۰۰ نفر یک اورژانس پیش بیمارستانی تعیین شده‌است؛ که گویای ضعف در این بُعد از توسعه سلامت می‌باشد. در قیاسی دیگر از وضعیت بهداشت و درمان استان کرمانشاه کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در جدول شماره (۱۳) ارائه شده‌است.

جدول ۱۳. کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سال	پزشک	پیراپزشک	سایر	جمع
۱۳۸۵	۶۳۳	۵۳۷۲	۳۰۸۷	۹۰۹۲
۱۳۹۰	۸۷۱	۶۵۶۱	۳۲۸۵	۱۰۷۱۷
۱۳۹۵	۱۲۲۳	۸۲۵۳	۳۱۷۳	۱۲۶۴۹

مأخذ: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

داده‌های جدول شماره (۱۳) حکایت از افزایش قابل توجه در پرسنل شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ دارد.

آموزش

آموزش را می‌توان عامل اصلی در رشد کمی و کیفی نیرو و سرمایه انسانی برشمرد. آموزش ریشه همه توسعه‌هاست، آموزش موجب ارتقای کیفیت و بهبود مهارت‌های انسانی و استعدادها می‌گردد. آموزش روند و سرعت توسعه اجتماعی-اقتصادی را ارتقاء می‌بخشد (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). چیزی که در ادبیات توسعه به عنوان توسعه انسانی مطرح است نشان می‌دهد که رشد و توسعه جامعه به پرورش انسان‌های آگاه و برخوردار از

مسئولیت بستگی دارد. بنابراین نقش آموزش و پرورش در ساختن انسان‌های آگاه و پویا بر هیچ صاحب نظری پوشیده نیست و همگی بر تأثیر بی بدیل آموزش و پرورش اتفاق نظر دارند. در جوامعی که تغییرات و اصلاحات آموزشی با تغییرات اجتماعی و اقتصادی همراه است، آموزش و پرورش برنامه ریزی شده به موفقیت بیشتری نایل می‌شود. توسعه اجتماعی از طریق برنامه ریزی آموزشی، هنگامی تغییرات مطلوب به بار می‌آورد که هماهنگ و همگام با تغییرات در سایر اجزای ساختار اجتماعی، صورت گیرد.

آموزش نه صرفاً در حد آموزش و پرورش، بلکه لازمی آموزش برای آحاد جامعه امری ضروری است، در نتایج پژوهش‌های مختلف به چشم می‌خورد که هیچ جامعه‌ای در شرایطی که سرانه مطالعه آن بالا نرود نمی‌تواند انتظار توسعه اجتماعی را از آن جامعه متصور بود. به عبارتی صحیح‌تر جامعه‌ای که با آموزش‌های لازم برای بهتر زیستن غریب است نمی‌تواند به سوی پیشرفت و توسعه اجتماعی گامی بردارد.

تعداد مدارس در تمام مقاطع از مواردی است که می‌تواند تناسب و دسترسی ساده به آموزش را به نمایش بگذارد، در جدول شماره (۱۴) فراوانی مدارس سطح استان کرمانشاه به تفکیک مدارس شهری، مدارس روستایی، فراوانی در برنامه‌های چهارم، پنجم و ششم توسعه ارائه شده است.

جدول ۱۴. فراوانی مدارس سطح استان کرمانشاه به تفکیک مدارس شهری، مدارس روستایی

فراوانی (سال ۱۳۹۹)		فراوانی (سال ۱۳۹۴)		فراوانی (سال ۱۳۸۸)		مدارس	
۲۳۹۰	۷۱۱	۲۳۰۹	۶۶۹	۲۱۵۸	۶۳۱	شهری	ابتدایی
	۱۶۷۹		۱۶۴۰		۱۵۲۷		
۵۷۹	۳۲۶	۵۵۵	۳۱۴	۴۵۹	۲۵۷	شهری	راهنمایی (متوسطه اول)
	۲۵۳		۲۴۱		۲۰۲		
۳۲۹	۲۷۴	۳۲۰	۲۶۹	۲۷۱	۲۲۹	شهری	دبیرستان (متوسطه دوم)
	۵۵		۵۱		۴۲		

مأخذ: پورتال جامع آموزش و پرورش استان کرمانشاه

افزایش تعداد مدارس در دروه‌های مربوط به سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ به راحتی مشهود است، ضمن این که دسترسی آسان را برای دانش آموزان بویژه دانش آموزان ساکن روستاها نیز از جمله مواردی است که باید به آنها اذعان داشت. بنا بر آماري که در مهر ۱۳۹۱ منتشر شده است، در استان کرمانشاه ۶۰ مرکز آموزش عالی فعال بوده است. همچنین ۹۳ هزار و ۷۹۵ نفر دانشجو در استان مشغول به تحصیل بوده‌اند که این رقم برابر با ۱/۲ درصد دانشجویان کل ایران بوده است؛ بنابراین آمار استان کرمانشاه در رتبه ۱۸ در میان استان‌های ایران از نظر پذیرش دانشجو قرار داشته است. از این تعداد، حدود ۲۳ درصد دانشجویان استان در مقطع کاردانی، بیش از ۷۰ درصد در مقطع کارشناسی، حدود ۶ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و کمتر از ۱ درصد در مقطع دکترا مشغول به تحصیل بوده‌اند. همچنین تعداد اعضای هیئت علمی ۱۲۲۴ نفر بوده است. جدول شماره (۱۵) نام مراکز دانشگاه‌های سطح استان همراه با شهرستان محل استقرار آن‌ها را نمایش داده است.

جدول ۱۵. مراکز آموزش عالی در استان کرمانشاه

نام دانشگاه	شهرستان	نام دانشگاه	شهرستان
رازی	کرمانشاه	مرکز تحقیقات و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی	کرمانشاه
دانشگاه علوم پزشکی	کرمانشاه	مؤسسه آموزش عالی کبیر غرب (غیر انتفاعی)	کرمانشاه
دانشگاه فنی و حرفه‌ای	کرمانشاه	مؤسسه آموزش عالی گنجینه هنر و معماری (غیر انتفاعی)	کرمانشاه
دانشگاه آزاد اسلامی	کرمانشاه	مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی فرهنگ و هنر	کرمانشاه
دانشگاه آزاد اسلامی	اسلام آباد غرب	مؤسسه آموزش عالی جهاد دانشگاهی (غیر انتفاعی)	کرمانشاه
پیام نور	کرمانشاه	مؤسسه آموزش عالی زاگرس (غیر انتفاعی)	کرمانشاه
پیام نور	اسلام آباد غرب	مؤسسه آموزش عالی شهید رضایی (غیر انتفاعی)	کرمانشاه
پیام نور	روانسر	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	اسلام آباد غرب
پیام نور	جوانرود	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	روانسر
پیام نور	تازه آباد	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	جوانرود
پیام نور	سرپل ذهاب	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	سرپل ذهاب
پیام نور	قصرشیرین	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	قصرشیرین
پیام نور	سنقر	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	سنقر
پیام نور	کوند غرب	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	کنگاور
پیام نور	کنگاور	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	پاوه
پیام نور	پاوه	مرکز آموزش عالی علمی کاربردی	صحنه
پیام نور	صحنه	دانشگاه آزاد اسلامی	صحنه
پیام نور	گیلانغرب	دانشگاه آزاد اسلامی	کنگاور

مأخذ: پورتال جامع وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

وجود مراکز آموزش عالی متعدد یکی از نیروهای محرک در توسعه اجتماعی به حساب می‌آید، لذا تعدد دانشگاه‌ها می‌تواند شرایط علمی را در استان به سطح بالاتری برساند. اما مسئله حائز اهمیت کیفیت دانشگاه‌های موجود در استان می‌باشد. جدول شماره (۱۶) درصد افراد باسواد سطح استان را در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ به نمایش گذاشته است، بی‌تردید هر آن چه میزان افراد باسواد و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بالاتر باشد، میزان توسعه اجتماعی را می‌توان بالاتر دانست؛ به عبارتی بهتری یکی از فاکتورهای توسعه اجتماعی وجود افراد باسواد در سطح جامعه است.

جدول ۱۶. درصد باسوادی در استان کرمانشاه

سواد	میزان (درصد) باسوادی (سال ۱۳۸۵)	میزان (درصد) باسوادی (سال ۱۳۹۰)	میزان (درصد) باسوادی (سال ۱۳۹۵)
کشور	شهری	۸۸/۶	۹۰/۸
	روستایی	۷۵	۷۸/۵
استان	شهری	۸۵/۸	۸۷/۶
	روستایی	۷۴/۶	۷۵/۲

مأخذ: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸

با توجه به داده‌های جدول شماره ۱۶، تغییرات میزان باسوادی بر حسب وضع سکونت گویای این موضوع است که در استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ به میزان ۰/۴- بدون تفکیک مناطق شهری (۰/۶-) و روستایی (۰/۹-) میزان افراد باسواد تغییرات داشته است و در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ به میزان ۲/۸ درصد بدون تفکیک مناطق شهری (۲/۴) و مناطق روستایی (۱/۵) تغییر افراد باسواد را دارا بوده است که گویای وجود رشد منفی در برنامه چهارم توسعه و روند صعودی در برنامه پنجم توسعه می‌باشد. از دیگر مسائلی که می‌توان به آن اشاره داشت تفکیک سطح سواد و میزان تحصیلات در استان کرمانشاه می‌باشد که در جدول شماره (۱۷) به نمایش گذاشته شده است، چرا که هرچه تعداد افراد باسواد با تحصیلات عالی بالاتر باشد امکان توسعه اجتماعی در جامعه به سطح بالاتری می‌تواند دست یابد.

جدول ۱۷. سطوح تحصیلات در استان کرمانشاه

سال	ابتدایی و سوادآموزی	راهنمایی (متوسطه اول)	متوسطه دوم (دیپلم و پیش دانشگاهی)	عالی	سایر
۱۳۸۵	۳۱/۹	۲۴/۱	۳۰/۹	۱۰/۳	۲/۹
۱۳۹۰	۲۸/۶	۲۱/۸	۳۱/۵	۱۶/۳	۱/۷
۱۳۹۵	۲۹/۹	۱۸/۹	۳۰/۶	۲۰/۴	۰/۲

مأخذ: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸

با توجه به داده‌های جدول شماره (۱۷)، درصد افزایش نرخ باسوادی در سطح عالی نشان داده شده است که در سال ۱۳۸۵ حدود ۱۰/۳ درصد از مردم استان دارای سطح سواد در آموزش عالی بوده‌اند، در سال ۱۳۹۰ این سهم به ۱۶/۳ درصد رسیده و در سال ۱۳۹۵ حدود ۲۰/۴ درصد دانشگاه رفته هستند. مراکز فنی و حرفه‌ای از جمله مراکزی به حساب می‌آیند که به افزایش توانایی و مهارت جامعه می‌افزاید؛ در جدول شماره (۱۸) آموزش-دیدگان مراکز آموزش فنی و حرفه‌ای استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نشان داده شده است.

جدول ۱۸. آموزش دیدگان مراکز آموزش فنی و حرفه‌ای استان کرمانشاه

سال	مرد	زن	جمع
۱۳۸۰-۱۳۸۵	۸۷۷۴	۴۹۱۸	۱۳۶۹۲
۱۳۸۵-۱۳۹۰	۲۱۰۳۰	۱۱۷۸۹	۳۲۸۱۹
۱۳۹۰-۱۳۹۵	۱۶۳۰۰	۸۹۹۱	۲۵۲۹۱

مأخذ: مراکز فنی و حرفه‌ای استان کرمانشاه

تجزیه و تحلیل داده‌های جدول شماره (۱۸)، نشان می‌دهد که آموزش دیدگان فنی و حرفه‌ای از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ یک روند صعودی چشمگیر داشته، ولی از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ این روند به نسبت دوره‌ی قبلی کاهش یافته است.

مسکن

کیفیت و کمیت مسکن از جمله مواردی است که مورد تأکید در توسعه اجتماعی به حساب می‌آید. کمیت مسکن شامل مفاهیمی چون تراکم خانوار در واحدهای مسکونی و نفر در اتاق و کیفیت مربوط به دوام واحدهای مسکونی و سطح برخورداری از تسهیلات سکونتی است (نراقی، ۱۳۷۰). سرمایه‌گذاری صحیح می‌تواند از پیش شرط‌های توسعه اجتماعی تلقی گردد (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). تأمین مسکن مناسب، در کشورهای مختلف با توجه به شرایط بازار مسکن و میزان نیاز به مسکن و دیدگاه دولت‌های حاکم برای تخصیص فضا و امکانات، متفاوت و یکی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی خانوارها می‌باشد (پورمحمدی و همکاران، ۱۳۹۱). مسکن را می‌توان یکی از مهم‌ترین بخش‌های توسعه در یک جامعه دانست. این بخش با ابعاد وسیع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست محیطی و کالبدی خود اثر گسترده‌ای در ارائه ویژگی‌ها و سیمای جامعه به مفهوم عام دارد. از یک سو، اهمیت اقتصادی و اجتماعی مسکن، این بخش را کانون توجه عمومی قرار داده و از سوی دیگر به دلیل اشتغال‌زایی این بخش و ارتباط آن با بسیاری از بخش‌های دیگر اقتصادی، به عنوان ابزاری مناسب در جهت تحقق سیاست‌های اقتصادی تلقی می‌شود (پورمحمدی و همکاران، ۱۳۹۱). اینکه یک جامعه توسعه یافته می‌تواند مشکل تهیه و برخورداری مسکن را به راحتی حل نماید، نمادی از وجود برنامه‌ریزی و نشانی از توسعه اجتماعی است، چرا که امروزه یکی از معضلات زیستن در جوامع در حال توسعه و از توسعه بازمانده داشتن سرپناهی برای زندگی روزمره می‌باشد. طرح‌های مختلفی چون ساخت مسکن‌های پُر تراکم در اطراف کلان شهرها، ساخت شهرک‌ها و شهرهای جدید، بازسازی بافت‌های فرسوده و ساخت خانه‌های چند طبقه در این بافت‌ها و مواردی این‌چنینی تا زمانی که بدون برنامه‌ریزی و شناخت صحیح نیاز به مسکن در جامعه نباشد بدون شک به نتیجه خاصی نخواهد رسید. در پی آن این بُعد از توسعه اجتماعی بدون نیاز سنجی صحیح و برنامه‌ریزی و پس از آن بودجه بندی لازم امری ناممکن به نظر می‌رسد.

در جدول شماره (۱۹) وضعیت نوع سکونت استان کرمانشاه و کشور برحسب نوع سکونت محدود به ملکی، استیجاری و سایر ارائه شده‌است. نوع سکونت ملکی شامل عرصه و اعیان و اعیان می‌باشد، نوع استیجاری نیز شامل رهنی و اجاره‌ای می‌شود و سایر نیز شامل گزینه‌هایی چون املاک اداری و سازمانی، رایگان، در ازای کار و... در بر دارد.

جدول ۱۹. وضعیت نوع سکونت کشور ایران و استان کرمانشاه

جمع	اظهار نشده	سایر	اجاره‌ای	ملکی		
۱۷۳۵۹۵۷۶	۱۹۵۱۱۸	۱۳۸۸۶۰۹	۳۹۸۱۵۴۹	۱۱۷۹۴۳۰۰	۱۳۸۵	کل کشور
۲۳۵۸۰۲۲۱	۴۴۰۷۸	۲۰۲۵۹۴۲	۷۲۵۰۳۵۳	۱۴۲۵۹۸۴۸	۱۳۹۵	
۴۴۴۰۴۶	۱۹۸۷	۲۸۲۷۷	۱۱۲۳۰۳	۳۰۱۴۷۹	۱۳۸۵	استان
۵۶۷۸۵۲	۸۵۷	۴۲۵۹۴	۱۹۹۷۹۶	۳۲۴۶۰۵	۱۳۹۵	کرمانشاه

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و ۱۳۹۵

افزایش حدود ۴۲ درصدی اجاره‌نشین‌ها و تقریباً ۶ درصدی مالکان مسکن از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نشان از این نکته دارد که قدرت خرید مسکن مردم استان کرمانشاه کاهش چشمگیری یافته است و تعداد مستأجران بسیار افزایش یافته است. همین موضوع می‌تواند به کاهش توسعه اقتصادی-اجتماعی منجر گردد.

رفاه اجتماعی و بهزیستی

رفاه اجتماعی به مفهوم فراهم ساختن آسایش جسمی، روحی و فکری زندگی انسان‌ها می‌باشد که کلیه جنبه‌های مادی و معنوی آحاد جامعه را با دامنه‌ای بسیار گسترده در بر می‌گیرد، همچنان که مسائلی از قبیل امنیت جان و مال، تأمین شغل، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، تأمین مسکن و مانند اینها را نیز شامل می‌شود (پناهی، ۱۳۹۴). هدف نهایی توسعه بهبود توانمندی‌های انسانی و گسترش انتخاب‌ها و فرصت‌های انسانی بر اساس اصل توسعه مردم برای مردم است. در این فرآیند انسان‌ها می‌خواهند صاحب دانش بوده و زندگی شایسته‌ای داشته باشند. در رویکرد توسعه انسانی، توسعه به رشد درآمد سرانه محدود نمی‌شود و به بهبود در سایر نیازهای جامعه انسانی نظیر بهداشت، برخورداری از حداقل‌های زندگی و آموزش بستگی پیدا می‌کند (امین رشتی و قربانی ویلک چالی، ۱۳۹۲).

هدف توسعه مهیا کردن فرصت‌های لازم برای دسترسی به یک زندگی مطلوب است و تأمین نیازهای اساسی شرط ضروری تحقق چنین فرصت‌هایی به شمار می‌رود. همچنین این اجماع نظر وجود دارد که همه انسان‌ها دارای نیازهای روانی، فکری و فیزیکی مشترک بوده، تأمین آنها شرط ضروری تحقق یک زندگی سعادت‌مندانه است. امروزه برای تأمین نیازهای اساسی از رویکرد متعادل‌تری یعنی ارائه خدمات عمومی به مثابه سرمایه‌گذاری در منابع انسانی دفاع می‌شود. دلایل مطرح شده در دفاع از این رویکرد متعادل‌تر ظاهراً با استدلال‌های اقامه شده الگوی نئو کلاسیک‌ها سازگار است (هانت، ۱۳۸۶).

یکی دیگر از شاخص‌های توسعه اجتماعی رفاه و تأمین اجتماعی می‌باشد، یکی از روش‌های ارتقای فضای توانمندساز و بهبود یکپارچگی اجتماعی و یکی از مسیرهای سرمایه‌گذاری در برنامه‌های اجتماعی، تأمین اجتماعی است (کلاتری و همکاران، ۱۳۹۴). انسان امروز در جهت تأمین نیازهای اساسی خود به ایجاد رفاه در شکل زیستن خود نیز می‌اندیشد و همه توان خود را در این جهت می‌گذارد تا بتواند زندگی مطلوب‌تر و با شرایط رفاهی بهتری را تجربه نماید. از آورده‌های توسعه اجتماعی، متناسب سازی فضای زندگی در جهت ایجاد رفاه بیشتر برای زیستن است. به عبارتی جامعه‌ای که ادعای توسعه اجتماعی دارد باید توانایی ایجاد فضایی امن از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را داشته باشد. این جوامع باید به افراد این احساس را بدهند که حداقل‌های لازم برای زندگی، صرفاً برای این که آنها انسان و شهروند این جامعه هستند تأمین است و آنان باید برای رفاه و آرامش بیشتر در زندگی‌شان تلاش کنند.

در این بخش به تحلیل و تشریح کمی مراکز تحت پوشش معاونت اجتماعی اداره کل بهزیستی، مراکز توانبخشی اداره بهزیستی، مراکز پیشگیری در بهزیستی اعم از مشاوره ژنتیک، اعتیاد و پیشگیری از تنبلی چشم پرداخته و خانوارهای مستمری بگير از اداره کل بهزیستی، عملکرد کمیته امداد امام خمینی(ره)، تعداد افراد تحت پوشش

تأمین اجتماعی و بیمه شدگان اصلی تأمین اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، چراکه سازمان تأمین اجتماعی، اداره بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی(ره) هر سه از نهادهایی هستند که رسالت بهتر نمودن زندگی را برای افراد جامعه بر عهده دارند. در جدول شماره (۲۰) مراکز تحت پوشش معاونت اجتماعی اداره کل بهزیستی را که دسته‌بندی نگهداری کودکان بی‌سرپرست، آسیب‌های اجتماعی و مهد کودک را ارائه می‌دهد، آورده شده‌است.

جدول ۲۰. مراکز تحت پوشش معاونت اجتماعی اداره کل بهزیستی

سال	نگهداری کودکان بی‌سرپرست		آسیب‌های اجتماعی		مهد کودک	
	مراکز	افراد	مراکز	افراد	مراکز	افراد
۱۳۸۵	۶	۶۸	۰	۰	۱۳۱	۶۹۱۱
۱۳۹۰	۷	۲۰۲	۰	۰	۱۳۱	۶۵۹۶
۱۳۹۵	۷	۱۲۰	۲۶	۲۸۸۵۷	۲۸۹	۲۱۲۴۵

مأخذ: اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه

با تأکید بر داده‌های جدول شماره (۲۰) در مقوله نگهداری کودکان بی‌سرپرست تعداد مراکز تغییر نیافته، اما تعداد افراد تحت سرپرستی کاهش یافته است. این مسئله ناشی از انتقال این دسته از کودکان به شهر تهران می‌باشد، در مورد آسیب‌های اجتماعی و مراکز اورژانس اجتماعی نیز می‌توان با توجه به داده‌های جدول فوق به این نتیجه دست یافت که در باب آسیب‌های اجتماعی اداره بهزیستی دارای رشد بوده است. مهد کودک‌ها نیز دارای افزایش چه در مراکز و چه در تعداد کودکان و مراجعین است. در جدول شماره (۲۱) مراکز توانبخشی اداره بهزیستی ارائه شده‌است.

جدول ۲۱. مراکز توانبخشی اداره بهزیستی

مراکز	۱۳۸۵			۱۳۹۰			۱۳۹۵		
	مراکز	افراد	مراکز	افراد	مراکز	افراد	مراکز	افراد	
ذهنی	۳	۱۰۲	۳	۱۷۶	۴	۱۵۹	۱	۳۳	
کم‌شنوا	۰	۰	۳	۰	۳	۳	۲	۴	
و ناشنوا	۰	۰	۳۳	۳۳	۹۸	۹۸	۹۸	۳۷۰	
روانی	۰	۰	۱	۱۰۰	۱	۱۵	۰	۰	
حرفه	۲	۳	۳	۳	۱	۲	۱	۲	
آموزی	۷۲	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۷۱	۷۱	۴۰	۴۰	
جمع کل	۱۰	۱۴	۱۸	۹۴۴	۳۴۵	۵۴۴	۹۴۴	۳۴۵	

مأخذ: اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه

با توجه به داده‌های موجود در جدول شماره (۲۱) مراکز توانبخشی استان کرمانشاه اعم از مراکز توانبخشی ذهنی، جسمی و حرکتی، کم‌شنوا و ناشنوا، سالمندان، روانی، رشد، حرفه‌آموزی و حتی کارگاه تولیدی دارای

افزایش بوده و می‌توان اذعان داشت که مراکز توانبخشی استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ با توسعه روبرو بوده‌اند. جدول شماره (۲۲) نیز مراکز پیشگیری در بهزیستی استان کرمانشاه را ارائه نموده‌است.

جدول ۲۲. مراکز پیشگیری در بهزیستی استان کرمانشاه

سال	مشاوره ژنتیک		اعتیاد		پیشگیری از تبلی چشم
	مراکز	افراد	مراکز	افراد	افراد
۱۳۸۵	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۹۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۹۳	۳	۴۰۴۲	۲۶	۹۱۶۵	۵۷۱۶۲
۱۳۹۵	۳	۴۷۶۸	۳۸	۱۰۰۹۴	۷۴۵۹۰

مأخذ: اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه

همانطور که جدول شماره (۲۲) نشان می‌دهد، مراکز مشاوره ژنتیک، اعتیاد و پیشگیری از تبلی چشم همگی از سال ۱۳۹۳ به بعد تأسیس شده و توسعه مراکز بهزیستی در برنامه پنجم توسعه بدیهی است. ضمن این که جدول شماره (۲۳) خانوارهای مستمری بگير از اداره کل بهزیستی را در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ ارائه داده‌است.

جدول ۲۳. خانوارهای مستمری بگير از اداره کل بهزیستی

سال	معاونت اجتماعی	معاونت توانبخشی		
		توانبخشی	روانی ترخیص از مرکز	روانی مزمن
۱۳۸۵	۰	۲۲۵	۰	۰
۱۳۹۰	۰	۶۴۱	۰	۶۴۲
۱۳۹۵	۳۵۱۸	۲۱۲۶	۳۵	۸۱۶

مأخذ: اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه

جدول شماره (۲۳) که بنای تشریح خانوارهای مستمری بگير از اداره کل بهزیستی را دارد، تصدیق بر جدول شماره (۲۲) است، چرا که خانوارهای مستمری بگير از اداره کل بهزیستی تا سال ۱۳۹۰ خدمات ضعیف و محدودی داشته‌اند، اما در سال ۱۳۹۵ رشد را می‌توان به خوبی مشاهده کرد.

جدول ۲۴. عملکرد کمیته امداد امام خمینی (ره)

سال	واحد‌های امداد	خانوار مورد حمایت	خانوار با سرپرست زن	افراد مورد حمایت
۱۳۸۵	۳۲	۵۵۷۷۷	۲۱۸۶۰	۱۴۶۹۵۱
۱۳۹۰	۳۲	۵۷۸۰۶	۲۴۹۶۸	۱۳۲۴۹۵
۱۳۹۵	۳۴	۶۷۶۲۱	۳۷۹۰۲	۱۳۸۸۴۶

مأخذ: کمیته امداد امام خمینی (ره) استان کرمانشاه

جدول شماره (۲۴) با ارائه کمی عملکرد کمیته امداد امام خمینی (ره) نشان داده است که خانوارهای مورد حمایت این نهاد از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ و از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ همواره دارای افزایش بوده و این مسئله به رفاه اجتماعی و توسعه اجتماعی کمک می‌نماید. در ادامه تعداد افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی در جدول شماره (۲۵) ارائه شده است.

جدول ۲۵. تعداد افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی

سال	بیمه شدگان			مستمری بگيران		
	اصلي	تبعي	جمع	اصلي	تبعي	جمع
۱۳۸۵	۱۲۴۱۶۹	۲۹۸۰۰۶	۴۲۲۱۷۵	۱۸۰۸۳	۳۰۷۴۱	۴۸۸۲۴
۱۳۹۰	۲۰۰۴۱۰	۶۵۳۸۲۶	۵۵۴۲۳۶	۳۷۱۲۰	۳۲۲۳۵	۶۹۳۵۵
۱۳۹۵	۲۴۵۶۲۰	۴۰۳۵۴۳	۶۴۹۴۶۳	۵۷۸۸۱	۴۰۰۸۹	۹۷۹۷۰

مأخذ: اداره کل تأمین اجتماعی استان کرمانشاه

افزایش تعداد افراد بیمه شده و مستمری بگیر از مواردی است که راه توسعه اجتماعی - اقتصادی را هموار خواهد ساخت، چرا که افراد مستمری بگیر از گروهی که دارای شرایط معیشتی وخیم هستند خود را دور ساخته و ماهانه مبلغی هرچند ناچیز به حساب آنها واریز خواهد شد. جدول شماره (۲۵) افزایش تعداد بیمه شده و مستمری بگیران را نشان می دهد که از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ و از ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ دارای افزایش بوده و توسعه یافته اند.

جدول ۲۶. بیمه شدگان اصلی تأمین اجتماعی

سال	اجباری	توافقی	بیکاری	خاص	جمع
۱۳۸۵	۱۰۵۸۳۶	۴۷۰	۲۶۳۶	۱۵۲۲۷	۱۲۴۱۶۹
۱۳۹۰	۱۴۲۰۳۴	۱۴۲۸	۲۷۶۴	۵۴۱۸۴	۲۰۰۴۱۰
۱۳۹۵	۱۴۳۰۳۶	۱۹۵۰	۳۵۶۱	۹۷۰۷۳	۲۴۵۶۲۰

مأخذ: اداره کل تأمین اجتماعی استان کرمانشاه

جدول شماره (۲۶) اعدادی را نشان می دهد که حکایت از افزایش بیمه شدگان اصلی دارد؛ اما بیمه بیکاری بگیران نیز افزایش داشته که به نسبت جمعیت بیمه شده و جمعیت استان از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ بیمه بیکاری افزایش یافته، که تناسب آن نشان از افزایش افراد بیکار در این استان دارد.

طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ از جمعیت ۱۸۷۹۳۸۵ تعداد ۳۲۴۶۶ نفر دارای معلولیت اعم از نقص دست و پا یا نابینایی، ناشنوایی و معلولیت ذهنی می باشند و در سال ۱۳۹۵ تعداد معلولین استان به ۳۸۹۹۳ نفر رسیده است که در سطح شهرهای استان هیچ تدابیری برای این گروه که حدود ۲ درصد از جمعیت کلی استان را در بر دارند، دیده نشده است. با توجه به نرخ معلولیت در استان کرمانشاه هیچ شرایطی برای وجود افراد معلول در جهت انجام امور زندگی و... منظور نشده است و این موضوع یک ضعف غیرقابل چشم پوشی در این استان می باشد.

اشتغال

در بیانیه ۱۹۹۵ کپنهاک بر اشتغال به عنوان اولویت اساسی سیاست گذاری اقتصادی و اجتماعی در جهت توانمندسازی همه افراد برای تأمین نیازهای اساسی خود از راه اشتغال مولد و آزادانه تأکید دارد (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). رشد صنعت و ایجاد فرصت های شغلی ناشی از صنعت در کشورهای جهان سوم اندک می باشد، اما در قرن بیستم عملیات تولید از کشورهای پیشرفته به کشورهای فقیر منتقل شده است. تصور می شد این

انتقال موجب بهبود شرایط کار و شغل در کشورهای جهان سوم می‌شود، اما این گونه نشد، برعکس موجب وخیم‌تر شدن شرایط اشتغال در این مناطق گردید (تارو، ۱۳۸۳). چرا که عدم آموزش و بومی‌سازی را در این نوع از سیاست‌گذاری می‌توان به وضوح مشاهده نمود.

در کشورهای جهان سوم و توسعه نیافته دلایل زیادی برای بیکاری وجود دارد و می‌توان چنین بیان داشت که عدم وجود عواملی مانند سرمایه، مواد اولیه، مدیریت، مهارت، تأسیسات زیربنایی و فقدان مؤسسات کارآیابی، بانک‌های اعتباری، طرح‌های آموزشی و سیستم‌های گسترده مالکیت؛ موانع ناشی از سطوح پایین زندگی مانند تغذیه نامناسب، بهداشت و آموزش؛ سطح پایین تقاضا در کشورهای صنعتی در مورد صادرات کشورهای در حال توسعه که ناشی از رشد کند صادرات، پیشرفت فنی و موانع تجارت است (صداقت زادگان، ۱۳۹۳). به عبارتی موضوعاتی چون عدم مدیریت و برنامه‌ریزی صحیح و کارآمد و در پس آن نبود شرایط اقتصادی مطلوب از مسائل حائز اهمیت هستند که عدم توسعه اجتماعی را به بار می‌آورند.

یکی از مباحث اساسی در زمینه توسعه، میزان بهره‌گیری درست و منطقی از توانایی‌ها و استعدادهای نیروی انسانی هر جامعه است. نقش اشتغال در پویایی زندگی انسان انکارناپذیر است و می‌توان آن را کانون ارتباطات انسانی و اجتماعی تلقی نمود. در جهت این پویایی بی‌تردید زنان، به عنوان نیمی از جمعیت، تأثیر مستقیمی در توسعه جامعه دارند زیرا هدف هر جامعه‌ای، به حداکثر رساندن رفاه اجتماعی است و رفاه اجتماعی تابعی از درآمد سرانه، توزیع عادلانه درآمد، بهبود سطح امکانات آموزشی، بهداشتی، رفاهی و میزان مشارکت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی مردان و زنان و ... می‌باشد (علی‌زاده، ۱۳۸۹). گراشمی معتقد است که اگر قدرتمندان در حوزه اقتصاد بخواهند، می‌توانند در حوزه فرهنگ و توسعه اجتماعی هر تأثیری را بگذارند، این اقتصاد است که امروزه بر فرهنگ و توسعه فرهنگی - اجتماعی مؤثر است (قشقایی، ۱۳۹۸). به عبارتی دیگر وضعیت اشتغال یک جامعه در دنیای امروز یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر توسعه اجتماعی - اقتصادی است، چرا که توسعه اجتماعی وابسته به توسعه اقتصادی می‌باشد. ضمن اینکه جدول شماره (۲۷) فراوانی افراد شاغل در استان کرمانشاه را نشان داده است.

جدول ۲۷. فراوانی افراد شاغل در استان کرمانشاه

سال	جمع
۱۳۸۵	۴۷۳۶۵۷
۱۳۹۰	۴۷۱۷۲۰
۱۳۹۵	۴۶۳۲۴۲

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۵

همان‌طور که در جدول شماره (۲۷) مشاهده می‌شود، مهمترین بحث که می‌تواند معرف سطح توسعه اجتماعی در یک جامعه باشد، توزیع نسبی جمعیت دارای تحصیلات عالی بر حسب وضع فعالیت است، چرا که هر چه افراد تحصیل کرده و دانشگاه رفته بیشتر مشغول به کار باشند سطح توسعه اجتماعی بالاتر می‌رود. همچنین جدول شماره (۲۸) توزیع نسبی جمعیت دارای تحصیلات عالی بر حسب وضع فعالیت ارائه شده است.

جدول ۲۸. توزیع نسبی جمعیت دارای تحصیلات عالی بر حسب وضع فعالیت

سال	شاغل	بی‌کار	غیرفعال	اظهار نشده
۱۳۸۵	۴۶/۶	۹/۲	۴۳/۵	۰/۷
۱۳۹۰	۳۷/۶	۱۱/۱	۵۰/۸	۰/۶
۱۳۹۵	۲۹/۸	۱۵	۵۵/۱	۰/۱

مأخذ: سرشماری نفوس و مسکن

با توجه به داده‌های جدول شماره (۲۸) در سال ۱۳۸۵ حدود ۴۶/۶ درصد افراد دارای تحصیلات عالی در دسته افراد فعال و دارای شغل بوده‌اند، اما به دلیل افزایش میزان تحصیلات در میان جامعه آماری شهر کرمانشاه و کاهش شغل برای افراد دانشگاه رفته، در سال ۱۳۹۰ سهم اشتغال به ۳۷/۶ درصد رسیده و دچار کاهش شده‌است، ضمن این که در سال ۱۳۹۵ کاهش بیشتر شده و به ۲۹/۸ درصد رسیده‌است. این مسئله یکی از نواقص و ضعف‌های سیاست‌گذاری اقتصادی به حساب می‌آید.

تحلیل کمی برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه

با توجه به تعطیلی سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان در سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۹۳ استان کرمانشاه سند مدون و دقیقی برای برنامه پنجم توسعه نداشته است. در مقوله بهداشت و درمان سند چهارم توسعه استان کرمانشاه بر افزایش تعداد داروخانه‌ها به ازای هر ۱۰ هزار نفر ۱ داروخانه تأکید دارد که تقریباً این عدد در پایان دوره برنامه چهارم توسعه محقق گشته است، چرا که تعداد داروخانه‌های سطح استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۰ عدد ۱۸۶ را نشان می‌دهد. همچنین در سند برنامه چهارم بیان شده است که باید ۹۹ درصد از روستاهای استان در پایان برنامه دارای خانه بهداشت باشند، که این برنامه تا پایان سال ۱۳۹۴ نیز به انجام نرسیده و برخی از روستاهای سطح استان کرمانشاه در حال حاضر دارای خانه بهداشت نیستند. اما موضوع تعداد تختها از مسائلی است که با طرح توسعه منطبق می‌باشد، و نکته مهم نبود تجهیزات به میزان ایده‌آل در این بیمارستان‌ها می‌باشد.

مقوله آموزش نیز از دسته عواملی است که در بخش‌هایی شاهد پیشرفت‌های منطبق با برنامه بوده و در بخش‌هایی پیشرفت‌ها فاقد همسویی هستند. برای توضیح بهتر در مواردی چون پوشش همه‌جانبه تحصیلی دانش آموزان روستایی که از اهداف برنامه پنجم بوده نتوانسته به حد برنامه منطبق گردد، یا در برنامه چهارم توسعه که رساندن افراد باسواد به ۸۹/۱۳ درصد از اهداف برنامه بوده نتایج سرشماری نفوس و مسکن نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ به ترتیب نرخ باسوادی ۸۰/۲، ۷۹/۵ و ۸۱/۴ بوده و این یعنی تا پایان برنامه پنجم اهداف برنامه چهارم نیز محقق نگشته است. اما در حوزه آموزش عالی برنامه و عملکرد دارای همسویی بوده‌اند، چرا که افزایش دانشجویان تا پایان سال ۱۳۸۸ به بالاتر از ۷۸ هزار نفر اجرا شده و تعداد دانشگاه‌ها نیز به ۴۱ مورد رسیده‌است.

در باب مسئله مسکن مهر نیز چنان که در بسیاری از بخش‌های پژوهش حاضر آمده است، طرح مسکن مهر نه تنها در پایان برنامه چهارم و پنجم توسعه تکامل نیافته، بلکه در پایان برنامه ششم توسعه نیز هنوز یک طرح عقیم است. چنان که افزایش حدود ۴۲ درصدی اجاره‌نشین‌ها و تقریباً ۶ درصدی مالکان مسکن از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نشان از

این موضوع می‌باشد که قدرت خرید مسکن مردم استان کرمانشاه کاهش چشمگیری یافته است و تعداد مستأجران بسیار افزایش یافته است و در باب موضوع بهزیستی و رفاه اجتماعی موضوع به گونه‌ای در برنامه‌های توسعه‌ای آمده که نشانی از برنامه‌ی کمی و عدد ندارد و بیشتر توصیه‌های کلی و کیفی مدنظر قرار گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در بحث بهداشت و درمان توسعه صورت یافته است، ضمن اینکه این توسعه در باب برخی از موارد دارای انطباق با برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه می‌باشد اما در برخی دیگر از موارد این سطح از توسعه همسویی و همخوانی با برنامه‌ها توسعه را به دست نمی‌دهد. در خصوص مؤلفه آموزش نیز شرایط چون بهداشت و درمان، در سطوحی می‌توان توسعه را محقق شده بیان نمود و در مواردی میزان توسعه با برنامه منطبق نیست. مسئله مسکن نیز با توجه به موضوع پروژه‌های مسکن مهر و عدم اتمام این پروژه در تمام شهرهای استان نمی‌توان توسعه و انطباق این موضوع را با برنامه‌های چهارم و پنجم مورد تأیید قرار داد. در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی و بهزیستی نیز توسعه صورت یافته است، اما موضوع انطباق را نمی‌توان بررسی نمود چرا که بررسی برنامه‌ها توسعه گویای تأکیدات کیفی بر این موضوع می‌باشد. موضوع اشتغال یکی از ضعف‌های موجود در بحث توسعه استان کرمانشاه است، این استان همواره در مورد موضوع اشتغال دارای پسرفت بوده و پیشرفتی را از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نمی‌توان برای جمعیت بیکار این استان اعلام داشت. توسعه اجتماعی استان کرمانشاه محدود به مواردی چون بهداشت و درمان، مسکن، آموزش، اشتغال، رفاه اجتماعی و بهزیستی گویای عدم توسعه مناسب و قابل دفاع است. این استان با توجه به سندهای برنامه چهارم و پنجم توسعه در زمره استان‌های کمتر توسعه یافته قرار دارد. چرا که بدون توجه به موارد اقلیمی، محیطی و متأثر از خرده فرهنگ‌های موجود سند تنظیم شده و وضعیتی که توصیفگر شرایط موجود در استان کرمانشاه است، گویای ضعف‌های فراوان و مشهود در حوزه‌ی توسعه اجتماعی می‌باشد.

فهرست منابع:

- ازکیا، مصطفی؛ غفاری، غلامرضا (۱۳۹۰). جامعه‌شناسی توسعه، تهران: شرکت انتشارات کیهان، چاپ نهم.
- امین رشتی، نارسیس؛ قربانی ویلک چالی، عاطفه (۱۳۹۲). نقش نظام تأمین اجتماعی بر توسعه انسانی در ایران، فصلنامه اقتصاد مالی دانشگاه اقتصاد و حسابداری واحد تهران مرکزی، دوره هفتم، شماره ۲۳، ص ۸۱-۱۱۰.
- پناهی، محمدحسین (۱۳۹۴). توسعه فرهنگی ضرورت توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۲۲، ص ۱-۲۳.
- پورمحمدی، محمدرضا؛ صدرموسی، میرستار و عابدینی، اصغر (۱۳۹۱). تحلیلی بر سیاست‌های تأمین مسکن توسط دولت با تأکید بر برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران، فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات شهری، شماره ۳، ص ۳۴-۴۳.
- پیران، پرویز (۱۳۸۳). سیاست اجتماعی، توسعه اجتماعی و ضرورت آن در ایران (نقد و بررسی سند کپنهاگ)، فصلنامه رفاه اجتماعی، ویژه نامه سیاست اجتماعی، شماره ۱۰، ص ۱۲۱-۱۵۴.
- تارو، لستر (۱۳۸۳). برندگان و بازندگان جهانی شدن، ترجمه مسعود کرباسیان، تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.
- توکل، محمد (۱۳۸۱). موانع توسعه، تهران: وزارت امور خارجه، چاپ اول.
- حبیب زاده، شیدرخ سادات؛ ایروانی، هوشنگ و کلانتری، خلیل (۱۳۹۲). تحلیل عاملی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده توسعه اجتماعی (مطالعه‌ی موردی: شهرستان کرج ۱۳۸۹)، مجله پژوهش‌های روستایی، دوره چهارم، شماره ۲، ص ۳۲۷-۳۴۶.
- زاهدی مازندرانی، محمدجواد (۱۳۹۳). توسعه و نابرابری، تهران: انتشارات مازیار، چاپ نهم.
- سیف الهی، سیف‌الله؛ حافظ امینی، حمیرا (۱۳۸۸). برنامه‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی و تأثیر آن بر واگرایی و همگرایی گروه‌های قومی در ایران، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، سال سوم، شماره ۲، ص ۶۷-۹۸.
- صداقت زادگان، شهناز (۱۳۹۳). جامعه‌شناسی جهان سوم، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ سوم.
- علی زاده، مرجان (۱۳۸۹). نقش اشتغال زنان در توسعه، مجله زن و فرهنگ، دوره دوم، شماره ۵، ص ۴۹-۵۹.
- قشقایی، کیوان (۱۳۹۸). دیالکتیک نظری در باب رابطه‌ی فرهنگ و اقتصاد، هفتمین کنفرانس ملی و چهارمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی.
- کلانتری، عبدالحسین؛ روشنفکر، پیام (۱۳۹۴). توسعه اجتماعی چشم انداز جهانی و وضعیت ایران، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، چاپ دوم.
- کلانتری، صمد؛ گنجی، محمد (۱۳۸۴). شاخص‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی در ایران، مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی، شماره ۲۱۱-۲۱۲، ص ۱۴۹-۱۷۱.
- نراقی، یوسف (۱۳۷۰). توسعه و کشورهای توسعه‌نیافته، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- نظرپور، محمدنقی (۱۳۷۸). ارزش‌ها و توسعه، تهران: پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، چاپ اول.

نیک پور، بهمن؛ آصف زاده، سعید و مجلسی، فرشته (۱۳۶۸). مدیریت و برنامه ریزی بهداشت و درمان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

هانت، دایانا (۱۳۸۶). نظریه‌های اقتصادی توسعه، تحلیلی از پارادایم‌های رقیب، ترجمه: غلامرضا آزاد (ارمکی)، تهران: نشر نی، چاپ دوم.

یارمحمدیان، محمدحسین؛ بهرامی، سوسن (۱۳۸۳). نیازسنجی و سازمان‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

Mazmdar, Kridhna (1996). An Analysis of Casal Flow Between Social Development and Economic Growth: The Social Development Index, American Journal Of Economics and Sociology 53/3.

Philip Van der Merve, Ander (2000). Economic Development, Social Spending and project Management Sciences, Rand Afrikanas University, South Africa.