



ကဏ္ဍပေါင်းစုံ ပါဝင်သော အမျိုးသား  
အာဟာရဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ ငါးနှစ်စီမံကိန်း (MS-NPAN)

ကယားပြည်နယ် စီမံကိန်းရေးဆွဲခြင်း  
အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲ

ဦးစားပေးရွေးချယ်ခြင်း နှင့် စီမံကိန်းရေးဆွဲခြင်း

# Outline of Presentation

- Concept and Principle of Intervention Prioritization
- Steps of State/ Region Prioritization



# Concept and Principle of Intervention Prioritization



## CONCEPT

- ❖ Multi-sectors
- ❖ Multi-stakeholders
- ❖ Convergence
- ❖ Coordinated and Complementary
- ❖ Prioritized







**CONVERGENCE**

**COORDINATED AND COMPLEMENTARY**



မြို့နယ်အသီးသီးရှိ အန္တရာယ်အဆင့်များ (risk level)  
မတူညီခြင်း



မြို့နယ်အသီးသီးတွင် လူမှုရေး၊ စီးပွားရေး နှင့် ပတ်ဝန်းကျင် အခြေအနေများ ကွဲပြားခြားနားခြင်း

# PRINCIPLE CONSIDERATIONS

## Evidence-based

- Analysis of key risk causes of poor nutrition

## Stakeholders' consensus

- Selection of prioritized interventions
- Staging/phasing of priority interventions based on capacity and operational feasibility

## Integration of on-going programs

## Costing

- Mobilization of new resources
- 

# MS-NPAN၏ Strategic Approach



UNDERLYING CAUSES		INDICATORS	
1	Food Insecurity အစားအစာ မဖူလုံခြင်း၊ မလုံလောက်ခြင်း	% of households using Consumption Coping Mechanisms	1
		% of households with average food gap duration 3 month and above	2
2	Lack of Social Safety Net လူမှုလုံခြုံရေး ကွန်ယက်မရှိခြင်း	Multidimensional Disadvantage Index (MDI-1)	3
		Vulnerability score %	4
3	Poor Dietary Diversity အစားအစာ အမျိုးအမယ် မစုံခြင်း	% of households with inadequate food consumption (Food Consumption Score)	5
4	Sub-optimal Breast Feeding and Complementary Feeding မသင့်လျော်သည့် မိခင်နို့တိုက်ကျွေးခြင်း နှင့် ဖြည့်စွက်စာကျွေးခြင်း	% of children received breastfeeding within 1 hour of birth	6
5	Poor Parental Education မိဘပညာအရည်အချင်း နိမ့်ပါးခြင်း	% of population aged 25 year and over completed at least secondary education level	7

UNDERLYING CAUSES		INDICATORS	
6	Lack of Women Empowerment အမျိုးသမီး လုပ်ပိုင်ခွင့်နည်းခြင်း	% of women who participated in labor force (15-64 years of age)	8
7	Early Conception and Low Birth spacing ငယ်ရွယ်စဉ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း၊ သားဆက်ခြားချိန် တိုခြင်း	% of pregnant women with closed birth interval	9
8	Unsanitary Environment and Practices မသန့်ရှင်းသော ပတ်ဝန်းကျင် နှင့် ဓလေ့	% of households with improved drinking water source	10
		% of households using improved sanitary latrine	11
9	Poor Quality and Demand for Health Services ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု မလုံလောက်ခြင်း	Health Output Scoring Index	12
10	Poor Immune System ကိုယ်ခံစွမ်းအားစနစ် အားနည်းခြင်း	% of children who completed PENTA 3	13

### **1. % Households using Consumption Coping Mechanisms**

လွန်ခဲ့သော ၇ရက်အတွင်း အစားအစာမလုံလောက်မှု အခက်အခဲကို ဖြေရှင်းရန် အနည်းဆုံးနည်းလမ်းတစ်ခု အသုံးပြုခဲ့ရသော အိမ်ထောင်စု ရာခိုင်နှုန်း

### **2. % of Households with average food gap duration 3 month and above**

လွန်ခဲ့သော တစ်နှစ်အတွင်း အစားအစာမလုံလောက်မှုကို ၃လနှင့်အထက် တွေ့ကြုံခဲ့ရသော အိမ်ထောင်စုရာခိုင်နှုန်း

### **3. % Household with inadequate food consumption**

လွန်ခဲ့သော ၇ရက်အတွင်း စားသုံးခဲ့သော အစားအစာများ၏ အမျိုးအမယ်စုံလင်မှု၊ အကြိမ်အရေအတွက် နှင့် အာဟာရအရ အရေးပါမှုတို့ကို ပေါင်းစပ်တွက်ချက်ထားသော အညွှန်းကိန်း ဖြစ်ပါသည်။

### **4. Multi-dimensional Disadvantage Index**

ဤအညွှန်းကိန်းသည် ပညာရေး၊ အလုပ်အကိုင်ရရှိမှု၊ ကျန်းမာရေး၊ ရေနံပတ်ဝန်းကျင် သန့်ရှင်းမှု၊ အိုးအိမ်နှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု စသည့် ကဏ္ဍများတွင် ချို့တဲ့နိမ့်ပါးသော အဆင့်ကို ဖော်ပြသည်။

## **5. HARP Vulnerability Score**

လက်နက်ကိုင် ပဋိပက္ခ၊ ရာသီဥတု၊ သဘာဝဘေးအန္တရာယ် နှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု နည်းပါးခြင်းတို့ကြောင့် ထိခိုက်ခံစားရလွယ်သော လူဦးရေရာခိုင်နှုန်း

## **6. % of children received breastfeeding within 1 hour of Birth**

လွန်ခဲ့သော ၂၄လအတွင်း မွေးဖွားခဲ့သော ကလေးများအနက် မွေးပြီးတစ်နာရီအတွင်း မိခင်နို့ သောက်သုံးရသော ကလေးရာခိုင်နှုန်း

## **7. % of population aged 25 years and over completed at least secondary education level**

အသက် ၂၅နှစ်နှင့်အထက် လူဦးရေအနက် အခြေခံပညာအလယ်တန်းနှင့်အထက် အောင်မြင်သည့် လူဦးရေရာခိုင်နှုန်း

## **8. % of women who participated in labor force (15-64 years of age)**

အသက် ၁၅နှစ် နှင့် ၆၄နှစ်အတွင်းရှိ အမျိုးသမီးများအနက် လုပ်သားအင်အားတွင် ပါဝင်သော အမျိုးသမီးရာခိုင်နှုန်း



**9. % of pregnant women with closed birth interval**

မှတ်ပုံတင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်(အသစ်)များအနက် ယခင်ကလေးမွေးပြီး (၂၄)လအတွင်း ယခုကိုယ်ဝန်ဆောင်သူ ရာခိုင်နှုန်း

**10. % of households with improved drinking water source**

တိုးတက်ကောင်းမွန်သည့် သောက်သုံးရေ အသုံးပြုနေသော အိမ်ထောင်စု ရာခိုင်နှုန်း

**11. % of households using improved sanitary latrine**

တိုးတက်ကောင်းမွန်သည့် အိမ်သာအသုံးပြုနေသော အိမ်ထောင်စု ရာခိုင်နှုန်း

**12. Health Output Scoring Index**

ဤအညွှန်းကိန်းသည် ဆေးရုံကုတင် လူနာရှိနှုန်း၊ တီဘီရောဂါသည်သစ် ရှာဖွေနိုင်နှုန်း နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုး လွှမ်းခြုံရာနှုန်းတို့ကို ပေါင်းစပ်တွက်ချက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

**13. % of children who completed PENTA 3**

တစ်နှစ်အောက် ကလေးစုစုပေါင်းအနက် ငါးမျိုးစပ်ကာကွယ်ဆေး တတိယအကြိမ် ထိုးနှံရရှိခဲ့ပြီးသော တစ်နှစ်အောက်ကလေးရာခိုင်နှုန်း

## Steps of State/ Region Prioritization



Step 1: Populate the township level data

Step 2: Share the data with key stakeholders

Step 3: Review and validate township level data




Township Situations

Underlying Causes		1		2		3	4	5	6	7	8		9	10
		Food Insecurity အစားအစာမလုံခြုံခြင်း မလုံလောက်ခြင်း		Lack of Social Safety Net လူမှုလုံခြုံရေး ကွန်ယက်မရှိခြင်း		Poor Dietary Diversity အစားအစာ အမျိုးအမည် မရှိခြင်း	Sub-optimal Breast feeding and Complementary Feeding မသင့်လျော်သည့် မိခင်နို့တိုက်ကျွေးခြင်း နှင့် ခြင်္သေ့စားကျွေးခြင်း	Poor Parental Education မိဘပညာအဆင့်အရမ်း နိမ့်ပါးခြင်း	Lack of Women Empowerment အမျိုးသမီး လွှမ်းမိုးခွင့်မရခြင်း	Early Conception and Low Birth spacing ငယ်ရွယ်စဉ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း သားဆက်ခြားချိန် တိုခြင်း	Unsanitary Environment and Practices မသန့်ရှင်းသော ယတ်ဝန်းကျင် နှင့် ဓလေ့		Poor Quality and Demand for Health Services ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု မလုံလောက်ခြင်း	Poor Immune System ကိုယ်ခံစွမ်းအားစနစ် အားနည်းခြင်း
Indicators အညွှန်းကိန်း		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		% Household using Consumption Coping Mechanism	% of Households with average food gap duration 3 month and above	Multidimensional Disadvantage Index MDI-1	Vulnerability score % (MIMU/HARP) Township Typology	% Household with inadequate food consumption (Food consumption Score)	% Children received BF within 1 hour of Birth	% Population aged 25 year and over completed at least secondary education level	% Women who participate in Labor force (15-64 yr. age)	% of Pregnant women with closed birth interval	% Households with Improved DRINKING water source	% Households using Improved sanitary latrine	Health Output Scoring Index	% Children who completed PENTA 3
Sources		WFP (2019), Myanmar Food Security Atlas	WFP (2019), Myanmar Food Security Atlas	World Bank, MOWLP, 2018	HARP/MIMU, 2018	WFP (2019), Myanmar Food Security Atlas	HMIS Child Health Development Project	HARP/MIMU, 2018	Census	HMIS-2018 (Family Healthcare Project)	Census	Census	NIMU	HMIS-2017
Average of Kayah State ကယားပြည်နယ်၏ ပျမ်းမျှ		28.31%	21.56%	23.42	44.52%	6.71%	87.66	37.36%	65.76	11.91	48.61	80.94	0.07	95.23
Cut-off Point				>23.42	>44.52%	>6.71%	<87.66	<37.36%	<65.76	>11.91	<68.00	<76.00	<0.15	<95.23
Bawlakhe	Data	16.67%	16.67%	23.14	39.78%	0.00%	104.70	41.65%	63.60	7.00	21.80	93.50	0.10	107.30
	High Risk/Low Risk			Low Risk	Low Risk	Low Risk	Low Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk
Dimawso	Data	29.57%	14.25%	17.48	43.66%	1.61%	95.80	36.35%	63.20	14.50	50.70	92.10	0.04	93.40
	High Risk/Low Risk			Low Risk	Low Risk	Low Risk	Low Risk	High Risk	High Risk	High Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	High Risk
Loikaw	Data	28.21%	20.51%	12.71	33.82%	8.33%	91.60	49.99%	55.10	5.50	68.50	95.10	0.07	96.60
	High Risk/Low Risk			Low Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	Low Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk
Meisi	Data	33.33%	41.67%	22.49	44.35%	0.00%	72.50	45.49%	59.00	14.80	60.30	82.80	0.10	96.30
	High Risk/Low Risk			Low Risk	Low Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	High Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk
Parsaung	Data	26.39%	29.17%	23.04	43.59%	9.72%	59.40	43.31%	49.70	9.90	35.70	73.40	0.11	103.30
	High Risk/Low Risk			Low Risk	Low Risk	High Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	High Risk	High Risk	Low Risk
Phruso	Data	30.67%	12.00%	26.53	49.40%	19.00%	92.40	27.47%	82.80	24.00	61.90	70.20	0.03	90.80
	High Risk/Low Risk			High Risk	High Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	High Risk	High Risk	High Risk	High Risk
Shardaw	Data	33.33%	16.67%	38.56	57.07%	8.33%	97.20	17.23%	86.90	7.70	41.40	59.50	0.02	78.9
	High Risk/Low Risk			High Risk	High Risk	High Risk	Low Risk	High Risk	Low Risk	Low Risk	High Risk	High Risk	High Risk	High Risk

## Step 4: Identify high risk causes of poor nutrition

### **Risk Ranking Criteria**

- ❖ Access to improved water: < 68% as High Risk
  - ❖ Access to improved sanitation: <76% as High Risk
  - ❖ Health Output Scoring Index: <0.15 as High Risk
- 

## Step 4: Identify high risk causes of poor nutrition

### **Risk Ranking Criteria**

- ❖ ကျန်အညွှန်းကိန်း(Indicator)များ အတွက် တိုင်း/ပြည်နယ်၏ ပျမ်းမျှထက် ပိုဆိုးလျှင် 'High Risk'ဟု သတ်မှတ်ပါသည်။
- ❖ အညွှန်းကိန်း (Indicator) တစ်ခုအထက်ရှိသော Underlying Causeများတွင် အညွှန်းကိန်း (Indicator)တစ်ခု High Riskဖြစ်လျှင် ၎င်းUnderlying Causeကို High Riskဟု သတ်မှတ်ပါသည်။

# Data suggested Risk Profiles of Townships

### Township distribution by High-Risk Causes

[illegible]

## Determining High Risk Causes

- ❖ မြို့နယ်အဆင့်တွင် ရရှိနိုင်သော ကိန်းဂဏန်းများကို အသုံးပြု၍ High Risk Causeများကို သတ်မှတ်ထားပါသည်။
- ❖ မြို့နယ်အဆင့် ကိန်းဂဏန်းများတွင် အားနည်းချက်များ ရှိသောကြောင့် လက်တွေ့ အခြေအနေကို ထင်ဟပ်စေရန် အခြားသော အချက်များကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန် လိုအပ်ပါသည်။





# Updated Risk Profiles of Townships

### Township distribution by High-Risk Causes - Kayah State

[illegible]

## Step 5: Identify priority interventions based on high risk

- ❖ ကဏ္ဍတစ်ခု (သို့မဟုတ်) လုပ်ငန်းအစီအစဉ်တစ်ခုတည်းဖြင့် အာဟာရချို့တဲ့ခြင်း၏ အကြောင်းရင်းများကို ဖြေရှင်းရန် မဖြစ်နိုင်ပါ။
- ❖ ကဏ္ဍပေါင်းစုံမှ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ၏ စုပေါင်းစွမ်းအား နှင့် အပြန်အလှန်အားဖြည့်မှုများ လိုအပ်ပါသည်။



## CONVERGENT ACTIONS

### MoALI

- အိမ်ထောင်စုတွင် အစားအစာများ ရရှိရန်၊ လက်လှမ်းမှီရန် ဆောင်ရွက်ခြင်း
- ဝင်ငွေတိုး လုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်ခြင်း

### MoSWRR

- ECCDကျောင်းများတွင် အာဟာရအစီအစဉ်များ ဆောင်ရွက်ခြင်း

### Underlying Causes

Poor Dietary Diversity  
အစားအစာအမျိုးအမယ် မစုံခြင်း

### MoHS

- Micro-nutrient (အထူးအာဟာရများ) ဖြည့်စွက်ပေးခြင်း
- အာဟာရနှင့် ပတ်သတ်သော ကျန်းမာရေးအသိ မြှင့်မားစေရန် ဆောင်ရွက်ခြင်း

### MoE

- ကျောင်းများတွင် အာဟာရပညာပေး အစီအစဉ်များ ဆောင်ရွက်ခြင်း
- ကျောင်းများတွင် အာဟာရကျွေးခြင်း (School Feeding) ဆောင်ရွက်ခြင်း

## Step 5: Identify priority interventions based on high risk

ဖြစ်နိုင်ချေရှိသော လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များကို အောက်ဖော်ပြပါ အချက်များကို ထည့်သွင်းစဉ်းစား၍ အကြံပြုထားပါသည်။

- ❖ ထိရောက်စွာ အကောင်အထည်ဖော်လျှင်ရရှိမည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်၏ အကျိုးကျေးဇူး
- ❖ သက်ဆိုင်ရာကဏ္ဍ၏ Output (ရလဒ်) နှင့် Outcome (အကျိုးရလဒ်)များ ရရှိစေရန် ပံ့ပိုးနိုင်မှု

UNDERLYING CAUSES	MOHS	MOSWRR	MOALI	MOE
1. Food insecurity			1.1.1 - 1.1.10; 2.1.1 - 2.1.8 (** central level 1.1.10, 2.1.7)	
2. Lack of social safety net	3.1.1	1.1.1- 1.1.2; 1.2.1; 1.3.1; 2.1.1; 2.2.1 3.1.1; 3.2.1, (3.2.2** central level)		
3. Poor dietary Diversity	2.1.1 - 2.1.5; 2.2.1-2.2.3; 2.3.1 - 2.3.3; 2.4.1 (2.3.2** central level)	3.1.1	1,1,1 - 1.1.10; 2.1.1 - 2.1.8 (** central level 1.1.10, 2.1.7)	1.1.1 2.1.1; 2.1.2
4. Sub-optimal Breast feeding and complementary feeding	1.1.1-1.1.2; 1.2.1; 1.3.1, 1.3.2	1.1.1; 1.2.1; 1.3.1		1.1.1
5. Poor parental Education				3.1.1, 3.2.1
6. Lack of women's empowerment	4.1.1, 4.2.1	1.3.1	2.1.3	1.1.1
7. Early pregnancy / Low birth spacing	4.1.1 ; 4.2.1	1.2.1		1.1.1
8. Unsanitary environment and practices	5.1.1; 5.2.1; 5.3.1; 7.1.1; 7.1.2	2.2.1	3.1.1-3.1.5 ; 3.2.1 (** central level 3.1.1)	3.1.1; 3.2.1
9. Poor quality and demand for health services	4.1.1; 4.2.1; 6.1.1 - 6.1.5 6.2.1-6.2.3			1.1.1
10. Poor immune system	6.2.1-6.2.3			

\*\*To implement by union level

# Group Work 1

## **Resource Documents**

- ❖ Annex 1: Suggested Interventions for underlying causes
- ❖ Annex E/H/S 1: Logical framework

## **Discussion Format**

- ❖ Annex E/H/S 2: Review Process - Interventions to address underlying causes



## Group Work 1

1. Annex E/H/S 1ကို ဖတ်၍ သက်ဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ (Interventionများ)ကို လေ့လာပါ။
2. Annex 1ကို ဖတ်၍ သုံးသပ်ပါ။ ၎င်းသည် Underlying Causeတစ်ခုစီအတွက် အကြံပြုထားသော လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ (Interventionများ) ဖြစ်ပါသည်။
3. Annex E/H/S 2ကို အသုံးပြု၍ Underlying Causeတစ်ခုစီအတွက် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ (Interventionများ)ကို ရွေးချယ်သတ်မှတ်ပါ။
4. ဦးစားပေး၍ တိုးချဲ့ဆောင်ရွက်မည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များအား SUN (Scaling-up for nutrition)
5. လက်ရှိအကောင်အထည်ဖော်နေသော အနေအထား၊ လွှမ်းခြုံမှုအတိုင်း ဆက်လက်ဆောင်ရွက်မည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များအား Maintain

# Group Work 1

Annex H2: Review process - Interventions to address underlying causes

Underlying Causes	သက်ဆိုင်ရာ Underlying Cause၏ အကျိုးဆက်များကို ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအားဖြင့် ဘယ်လိုလျှော့ချနိုင်သလဲ။	Health LogFrameမှ မည်သည့် Interventionများသည် ရှေ့တွင်ဖော်ထုတ်ခဲ့သော နည်းလမ်း(approach)နှင့် ကိုက်ညီမှုရှိသလဲ။
1. Food Insecurity	<div> <div>- အာဟာရနှင့် ပတ်သတ်သော ကျန်းမာရေးအသိ မြင့်မားလာရန် ဆောင်ရွက်ခြင်း</div> <div>- .....</div> </div>	
2. Lack of Social Safety Net		
3. Poor Dietary Diversity		- 2.3.3, 2.4.1
4. Sub-optimal Breast Feeding and Complementary Feeding		
5. Poor Parental Education		
6. Lack of Women's Empowerment		
7. Early pregnancy / Low birth spacing		
8. Unsanitary Environment and Practices		
9. Poor Quality and Demand for Health Services		
10. Poor Immune System		



# Group Work 2

## **Resource Documents**

- ❖ Annex 2: Risk Level of causes by townships
- ❖ Annex E/H/S 2: Review Process - Interventions to address underlying causes

## **Discussion Format**

- ❖ Annex E/H/S 3.1 Scale of Interventions by townships



## Group Work 2

1. Annex 2သည် မြို့နယ်များ၏ Underlying Causeများအတွက် အဖွဲ့မှ သဘောတူထားသော Risk Level (High Risk/ Low Risk)များ ဖြစ်ပါသည်။
2. Annex E/H/S 2သည် Underlying Causeများကို ဖြေရှင်းရန် အဖွဲ့မှ သဘောတူထားသော လုပ်ငန်းအစီအစဉ် (Intervention)များ ဖြစ်ပါသည်။
3. ၎င်း Annexများကို အသုံးပြု၍ သက်ဆိုင်ရာကဏ္ဍအလိုက် မြို့နယ်များတွင် ဆောင်ရွက်မည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များကို ရွေးချယ်နိုင်ရန် ဆွေးနွေးပါ။
4. လုပ်ငန်းအစီအစဉ် (Intervention)များ ရွေးချယ်ရာတွင် လိုအပ်ချက် (need-based)နှင့် လက်တွေ့ကျမှု(practicality)ကို ထည့်သွင်းစဉ်းစား၍ ရွေးချယ်ရန်ဖြစ်ပါသည်။

**State Name. Kayah**

M - Maintain: Maintain at current implementation Level (လက်ရှိ အကောင်အထည်ဖော်နေသော အနေအထား၊ လွှမ်းမိုးမှုအတိုင်း ဆက်လက်ဆောင်ရွက်မည်)  
SUN - Scale Up for NUTRITION: Prioritized Intervention to scale-up (ဦးစားပေး၍ တိုးချဲ့ဆောင်ရွက်မည့် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ)

Please refer to "townships risk profile" of this state and sample of Kayah State example

ID #	Intervention	Underlying causes addressed	Loikaw	Dimawso	Phruso	Shardaw	Bawlakhe	Parsaung	Meisi
1.1.1	Organize nutrition and healthy lifestyle education sessions (in existing or newly created youth group/s) in schools (supported by MoHS)	*Poor dietary Diversity * Sub-optimal Breast Feeding and Complementary Feeding *Lack of Women's Empowerment Early pregnancy / Low birth spacing *Poor Quality and Demand for Health Services	SUN	M	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN
2.1.1	Nutrition education with school feeding	Poor dietary Diversity	SUN	M	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN
2.1.2	School Feeding Program with locally available nutritious meals	Poor dietary Diversity	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN
3.1.1	Health, Nutrition, and Hygiene Promotion program for school children and their parents	* Poor Parental Education * Unsanitary Environment and Practices	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN	SUN
3.2.1	Promote water and sanitation facilities in primary and secondary schools	* Poor Parental Education * Unsanitary Environment and Practices	M	SUN	SUN	SUN	M	SUN	SUN
	# Interventions to Scale Up								

### # Total MSNPAN nterventions by Education Sector

5

## Step 6. Determine Scale of Implementation

- ❖ အာဟာရချို့တဲ့မှုကို ဖြေရှင်းနိုင်ရန် အကောင်းဆုံးနည်းလမ်းမှာ သက်ဆိုင်ရာ ကဏ္ဍပေါင်းစုံမှ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်အားလုံးအား အရှိန်အဟုန်မြှင့်၍ တိုးချဲ့ဆောင်ရွက်ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။
- ❖ သို့သော် အရင်းအမြစ် (ငွေ၊ လူအင်အား) မလုံလောက်သောကြောင့် ထိုသို့အကောင်အထည်ဖော်ရန် မဖြစ်နိုင်ပါ။
- ❖ ထို့ကြောင့်
  - ❖ အာဟာရချို့တဲ့ခြင်း၏ အကြောင်းရင်းများကို ထိရောက်စွာ ဖြေရှင်းနိုင်သော လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များကိုသာ အရှိန်အဟုန်မြှင့် တိုးချဲ့အကောင်အထည်ဖော်ရန် နှင့်
  - ❖ ထိခိုက်ခံစားရ အလွယ်ဆုံးသော အုပ်စုများကိုသာ ဦးတည်(targetထား)၍ လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။

Annex E 3.1တွင်  
ရွေးချယ်ခဲ့သော  
မြို့နယ်  
အရေအတွက်

၂၀၁၉ ဘဏ္ဍာနှစ်ရှိ  
လွှမ်းခြုံမှု ရာခိုင်နှုန်း

MS-NPAN - Template for Intervention Targeting - Education Sector

လုပ်ငန်းအစီအစဉ်များ		အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများ ရွေးချယ်သတ်မှတ်ခြင်း			Different Facilities	တိုးချဲ့မည့် လွှမ်းခြုံမှု					Need-based ရည်မှန်းချက်ကို ရရှိရန် လိုအပ်သော အရင်းအမြစ်များ	မှတ်ချက်
		တိုးချဲ့ဆောင်ရွက်မည့် မြို့နယ် အရေအတွက်	အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများ /ဦးတည်အုပ်စုများ**	အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ အရေအတွက် (စန့်မှန်း)		Base FY 2019	***FY20	FY21	FY22	FY23		
1.1.1	Organize nutrition and healthy lifestyle education sessions (in existing or newly created youth group/s) in schools (supported by MoHS)	၆	ကျေးလက်ဒေသ များရှိ အလယ်တန်း ကျောင်းအားလုံး	၅၀	Need-based	၀%	၃၀%	၅၀%	၇၅%	၁၀၀%		
					Existing facility		၂၀%	၃၅%	၆၀%	၇၅%		
2.1.1	Nutrition education with school feeding				Need-based							
					Existing facility							
2.1.2	School Feeding Program with locally available nutritious meals				Need-based							
					Existing facility							
3.1.1	Health, Nutrition, and Hygiene Promotion program for school children and their parents				Need-based							
					Existing facility							
3.2.1	Promote water and sanitation facilities in primary and secondary schools				Need-based							
					Existing facility							
		**ဥပမာ မူလတန်းကျောင်း အားလုံး၊ ကျေးရွာများရှိ မူလတန်းကျောင်းများ၊ မူလတန်းကျောင်းသား အားလုံး					*** စွမ်းဆောင်ရည် မြှင့်တင်ခြင်းများ စတင်ဆောင်ရွက်					

လိုအပ်ချက်ကိုသာ  
အခြေခံစဉ်းစားသည့်  
ရည်မှန်းချက်

လက်ရှိအရင်းအမြစ်  
များအရ ဖြစ်နိုင်သည့်  
ရည်မှန်းချက်

## Step 7: Validate the priority interventions with focal persons from Central Level and State/Region Level

- ❖ ပြည်နယ်/တိုင်းအဆင့် စီမံကိန်းရေးဆွဲခြင်း အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲမှ ရလဒ်များကို ပြည်နယ်/တိုင်းမှ တာဝန်ရှိ ပုဂ္ဂိုလ်များနှင့် အတည်ပြုရန်
- ❖ ပြည်နယ်/တိုင်းအဆင့် စီမံကိန်းရေးဆွဲခြင်း အလုပ်ရုံဆွေးနွေးပွဲမှ ရလဒ်များအပေါ် ပြည်ထောင်စုအဆင့်မှ တာဝန်ရှိ ပုဂ္ဂိုလ်များထံမှ အကြံပြုချက် နှင့် လမ်းညွှန်ချက် ခံယူရန်





# Result of Ayeyarwaddy Planning Workshop

Interventions		Bogale	Danubyu	Dedaye	Einme	Hinthada	Ingapu	Kangyidaunt	Kyaiklat	Kyangin	Kyaunggon	Kyonpyaw	Labutta	Lemyethna	Ma-ubin	Mawlamyinegyun	Myanaung	Myaungmya	Ngapudaw	Nyaungdon	Pantanaw	Pathein	Pyapon	Thabaung	Wakema	Yegyi	Zalun	Number of Townships for each scale-up intervention		Remarks
																												From working group	Suggested by available data	
1.1.1	Provision of regular social cash transfers to all pregnant women and mothers of children under the age of 2 years																											26	18	
1.1.2	Provision of cash allowance for children aged 25 to 60 months																											14	14	- Need to implement for 14 High Risk townships - But currently cover in pre-school children (only foods) - This intervention will cover all townships 2 years after the start of MCCT program (Comment from Union Level Department)
1.2.1	Social Behaviour Change Communication (SBCC) strategy is developed and implemented to support MCCT and nutritional outcomes in collaboration with MOHS																											26	21	
1.3.1	Formation of women's groups for knowledge sharing on child care and networking, with principle members being mothers and adolescent girls																											26	22	

# After Consulting with Union Level Focal

Interventions		Bogale	Danubyu	Dedaye	Einme	Hinhada	Ingapu	Kangyidaunt	Kyaiklat	Kyangin	Kyaunggon	Kyonyaw	Labutta	Lemyethna	Ma-ubin	Mawlamyinegyun	Myanaung	Myaungmya	Ngapudaw	Nyaungdon	Pantanaw	Pathein	Pyapon	Thabaung	Wakema	Yegyi	Zalun	Number of Townships for each scale-up intervention		Feedback from AYA 2nd Visit
																												From working group	Suggested by available data	
1.1.1	Provision of regular social cash transfers to all pregnant women and mothers of children under the age of 2 years																										26	18	MCCT will cover all townships once the program starts. And according to central level official, MCCT will start in 2020.	
1.1.2	Provision of cash allowance for children aged 25 to 60 months																											26	14	Cash transfer for children 25-60 months will start in all 26 townships 2 years after the start of MCCT.
1.2.1	Social Behaviour Change Communication (SBCC) strategy is developed and implemented to support MCCT and nutritional outcomes in collaboration with MOHS																											26	21	MCCT will cover all townships once the program starts. And according to central level official, MCCT will start in 2020.
1.3.1	Formation of women's groups for knowledge sharing on child care and networking, with principle members being mothers and adolescent girls																											26	22	During the meeting with Central level focal for MCCT, he said that this activity is done together with other MCCT to all beneficiaries. So the coverage would be 100%.





ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

