



Summary of the Baseline Survey Report Maternal and Child Cash Transfer Programme in Chin State

In 2017, the Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement (MSWRR), through the Department of Social Welfare (DSW), started the implementation of the Maternal and Child Cash Transfer (MCCT) programme in Chin State. One of the main objectives of the programme is to improve nutritional outcomes for all mothers and children in Chin State during the first 1,000 days of life.

This summary outlines the key findings reported in the Baseline Survey Report of the study that was conducted across Chin State prior to MCCT programme implementation. As an integral part of a longitudinal evaluation design, the baseline survey provides the basis for measuring and evaluating the outcomes of the programme over time. To this end, current levels of internationally accepted indicators on nutrition, Infant and Young Child Feeding (IYCF), and health-seeking behaviours were assessed for the baseline.

A regression discontinuity design was chosen for the study, made possible by the fact that there is a specific cut off point for programme eligibility. The treatment group comprised of women pregnant at the point of registration on June 1st, 2017, while women who gave birth before this date and thus ineligible for benefits, form the comparison group (women who gave birth up to six months before the registration date were included in the treatment group to ensure an adequate sample size). A household survey and anthropometric measurements were conducted with respondents and children. In addition, village profiles were conducted to give greater understanding and context.

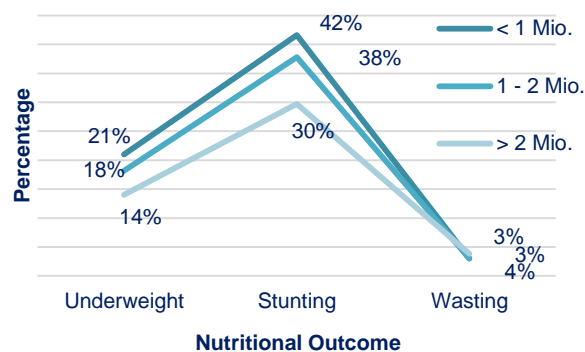
A total of 2,585 eligible respondents were interviewed from a sample of 204 clusters in 189 wards and villages in 13 townships and sub-townships in Chin State. In total, 1,713 Treatment (currently pregnant or children born after 1st June 2017) and

872 Control households were interviewed for the study. Household surveys were conducted based on urban, rural and remote areas and anthropometric measurements were taken, from consenting women and children whose parents or guardians gave consent.

Nutritional Outcomes

Findings from the baseline survey show the following nutritional status for children under five years of age included in the sample: Stunting at thirty-seven percent (37.1%), wasting at three percent (3.3%) and underweight at a level of eighteen percent (18.3%). Levels of stunting remain higher than the national average (29.2%) while levels of underweight are similar to the national average (18.9%) and wasting is lower compared to the national average (7%). Income is a factor in underweight and stunting, however, does not play a part in wasting as seen in figure 1.

Figure 1: Nutritional Outcomes by Income Level



The prevalence rate of stunting in the sample is considered high by the World Health Organization (WHO). A total of fourteen percent (13.7%) of children under five years of age in the sample have a low weight at birth (below 2500 grams), this data was captured by the recall of mothers and health card of children under two years of age.

A total of nine percent (9%) of sampled non-pregnant mothers have a low Body Mass Index (BMI).



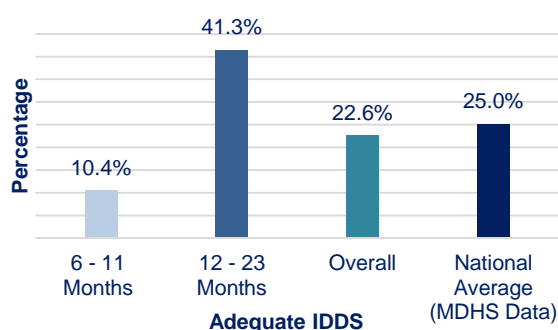
Overweight and obesity are significantly higher in urban areas (20.9%) compared to rural (10.0%) and remote (6.2%). Four percent (4.4%) of pregnant women sampled have a Mid-Upper Arm Circumference (MUAC) between 17cm and 21cm - indicative of moderate malnutrition.

Nutrition Practices and Knowledge

Women from the sample in rural areas have a significantly lower dietary diversity score (WDDS) on average (3.8) compared to respondents in urban areas (5.0). Twenty-three percent (22.6%) of children 6-23 months in the sample have adequate dietary diversity. Statistically significant differences exist between age groups as shown in figure 2. Similarly, meal frequency varies depending on age with thirty-seven percent (37.4%) of children 12-23 months in the sample receiving the minimum recommended meal frequency compared to seventy-nine percent (79.0%) of sampled children 6-11 months.

Twenty-nine percent (29.1%) of women in the sample correctly identified the adequate meal frequency for non-breastfed children. While for breastfed children, eighty-six percent (86.0%) of mothers correctly identified adequate meal frequency for breastfed children 9-23 months and ninety-two percent (91.7%) for breastfed children 6-8 months.

Figure 2: Children's IDDS by Age Group



Micronutrient supplementation is essential for physiological functions, growth and development and therefore important that women take iron supplements and children receive vitamin A. In the sample, eighty-three percent (83.0%) of women took

iron tablets during their last pregnancy and forty-four percent (43.6%) of children 12-23 months in the sample took Vitamin A tablets compared to twenty-eight percent (28.4%) of children 6-11 months old.

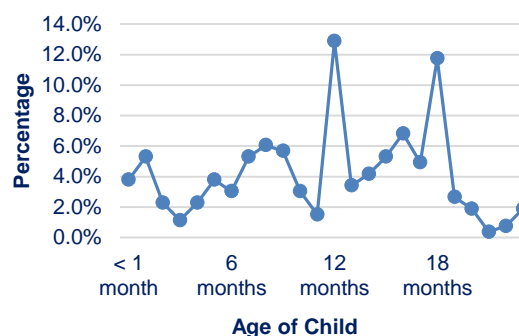
Infant and Young Child Feeding (IYCF)

Seventy-four percent (73.6%) of children under the age of two in the sample were put to the breast within one hour of birth following early initiation of breastfeeding practices. Fifty-two percent (51.9%) of children under six months in the sample are exclusively breastfed, these rates drop to twenty-eight percent (27.7%) when children reach the age of five months. Of sampled children 6-8 months, eighty-nine percent (89.0%) are introduced to solid, semi-solid or soft foods. Thirty-two percent (31.6%) of children 12-23 months in the sample are still breastfeeding.

Eighty percent (79.7%) of respondents know they should put a new-born to the breast within one hour of birth. Knowledge was significantly lower in remote areas, where seventy-four percent (74.0%) of respondents knew the adequate initiation of breastfeeding.

Fifty-three percent (53%) of all respondents in the sample could correctly identify that exclusive breastfeeding means breastmilk only, and forty-eight percent (48.1%) of respondents know infants should receive breast milk up to two years and beyond. However, as shown in figure 3, discontinuation of breastfeeding occurs before 2 years of age in some cases.

Figure 3: Timing of Breastfeeding Discontinuation





Health-seeking Behaviours

Fifty-four percent (54%) of mothers in the sample had four or more antenatal care visits. Differences are significant between urban (75.6%), rural (47.1%) and remote (39.7%) areas. The birth of eighty-six percent (85.7%) of children in the sample was attended by appropriate health staff, however, sixty-one percent (60.9%) of mothers in the sample did not receive a health check after delivery.

Child immunization coverage is highest for BCG (93.7%), followed by at least one Pentavalent/DPT vaccination shot at ninety percent (90.3%). Finally, seventy-seven percent (77%) received either a measles or rubella vaccination. Of the sampled children, thirty-four percent (33.9%) have suffered from an infectious disease during the 2 weeks preceding data collection.

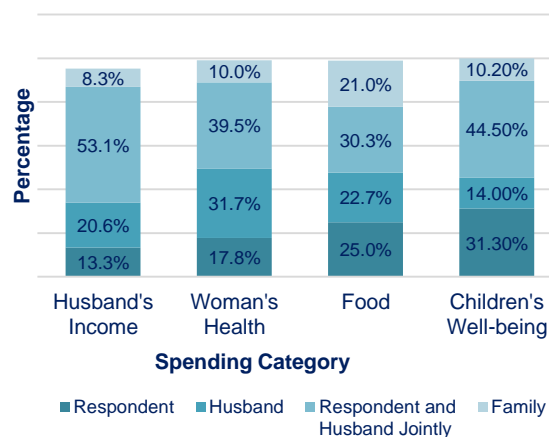
Seventy-nine percent (79%) of women in sampled urban areas know a woman should receive at least four antenatal visits compared to sixty-seven percent (67.1%) in rural and sixty-two percent (61.6%) in remote areas. Knowledge for different vaccinations is low overall, with statistically significant differences between urban and remote areas. Eighty percent (80%) of respondents would go to a health facility or see health staff in case their child showed symptoms of fever, diarrhea or acute respiratory infection. However, this knowledge is significantly lower in remote areas (71.2%), compared to rural (81.3%) or urban areas (86.9%).

Intervening Variables

Intervening variables were identified through the study that helps inform the findings. While insignificant, there is a difference in the usage of basic sanitation requirements between sixty-two percent (62.3%) of households in urban and sixty percent (60%) in rural households. Additionally, eighty-two percent (82.3%) of all sampled households have water and soap available for hand washing. Sixty-nine percent (68.5%) of sampled rural households use an improved drinking water source which presents a

significant difference to the eighty-four percent (84.2%) of urban households. Decision making within households varies, depending on the spending category with family and joint decision making most common as seen in figure 4. Family planning information was received by thirty-one percent (30.9%) of respondents in the past twelve months and this information was provided primarily by non-governmental organizations.

Figure 4: Women's Decision-Making on Spending





Recommendations

- Findings from the baseline survey confirm that levels of stunting among sampled children are still significantly above the national average in Myanmar, highlighting the need for an intervention that aims to improve nutritional outcomes for both mothers and children.
- Across results, low-income households fare less well on most relevant indicators, and benefits from the cash transfer are expected to have the most impact on poorer households. However, some nutritional outcomes, such as wasting, are not linked to income levels, which confirm the need for a universal coverage approach taken by the nutrition programme in Chin State.
- Programme intervention should consider findings concerning the decision-making role of women when it comes to expenditures, which indicates that decisions for spending on health or nutrition are seldom made by women alone.
- Findings show that the dietary diversity of both women and children in the sample is low and should be addressed adequately by nutritional awareness education and SBCC by stressing the importance of diversity and quality of food.
- While most children receive the recommended number of meals per day, the programme should seek to understand and address the sharp decrease in adequate meal frequency for children 12-23 months of age.
- Moreover, the meal frequency is mostly inadequate for non-breastfed children, which corresponds to the low level of knowledge of respondents, another message that should be integrated into nutritional awareness education efforts.
- While high for children under one-year old, breastfeeding rates drop significantly for children 12-23 months of age. One third of respondents still think that breastfeeding should stop at six months of age. Similarly, exclusive breastfeeding rates drop sharply in the first five months of age. Therefore increasing breastfeeding practices to adequate levels and knowledge should be the key concern of programme intervention in Chin State.
- The baseline survey finds that results for remote locations are often lower in the negative sense across indicators and significantly so for health-seeking behaviour. The difference between levels of knowledge and practice in remote areas in terms of antenatal care practices for example shows that inadequate practices are not only a result of a lack of knowledge but are also indicative of a lack of access to appropriate services and/or a lack of service provision. The biggest challenge for the MCCT Chin programme is to ensure that nutrition awareness and social behavioural change messaging is inclusive of the most remote populations in Chin State. However, structural issues such as service provision in general may present a barrier to targeting the underlying causes of malnutrition in children and mothers in Chin State more generally and in remote locations particularly.

The baseline survey is carried by the Myanmar Survey Research (MSR).



Livelihoods and Food Security Trust Fund





ကနဦးစစ်တမ်း အစီရင်ခံစာ အနှစ်ချုပ်

ချင်းပြည်နယ် အတွင်းရှိ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်များနှင့် ၎င်းတို့မှ မွေးဖွားလာသော အသက် ၂ နှစ်အောက် ကလေးသူငယ်များအား ငွေကြေးအထောက်အပံ့ပေးရေးအစီအစဉ် (MCCT)

၂၀၁၇ခုနှစ်တွင် လူမှုဝန်ထမ်း၊ ကယ်ဆယ်ရေးနှင့် ပြန်လည်နေရာချထားရေး ဝန်ကြီးဌာန (MSWRR) သည် လူမှုဝန်ထမ်း ဦးစီးဌာန (DSW) မှတစ်ဆင့် ချင်းပြည်နယ် အတွင်းရှိ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်များနှင့် ၎င်းတို့မှ မွေးဖွား လာသော အသက် ၂ နှစ်အောက် ကလေးသူငယ်များအား ငွေကြေးအထောက်အပံ့ပေးရေးအစီအစဉ်(MCCT) ကို စတင်ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ထိုအစီအစဉ်၏အဓိက ရည်ရွယ်ချက်များထဲမှ တစ်ခုမှာ ချင်းပြည်နယ်ရှိ မိခင်များ နှင့် ကလေးများအားလုံး၏ ဘဝအစ ရက်ပေါင်း ၁,၀၀၀ အတွင်း အာဟာရရလဒ်များ တိုးတက်လာစေရန် ဖြစ်ပါ သည်။

ဤအစီရင်ခံစာအနှစ်ချုပ်တွင် MCCT အစီအစဉ်အား အကောင်အထည်ဖော်မီ ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် လေ့လာမှု၏ ကနဦး စစ်တမ်းအစီရင်ခံစာမှ အဓိကတွေ့ရှိချက်များကို တင်ပြထားပါသည်။ ကနဦးစစ်တမ်းသည် အုပ်စုတူများကို တောက်လျှောက် နှိုင်းယှဉ်လေ့လာဆန်းစစ်သည့် ပုံစံဖြစ်သည်နှင့်အညီ အချိန်ကာလ တစ်ခုကြာမြင့်လာချိန်တွင် အစီအစဉ်၏ ရလဒ်များကို တိုင်းတာအကဲဖြတ်ရန်အတွက် လိုအပ်သည့် အခြေခံအချက်အလက်များကို ပေးနိုင်ရမည် ဖြစ်ပါသည်။ ထိုအတွက် လက်ရှိ နိုင်ငံတကာမှ လက်ခံထားသော အာဟာရ ၂ နှစ်အောက် ကလေးအစာကျွေးခြင်း (IYCF)နှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ရယူသည့် အမူအကျင့်များ ဆိုင်ရာ ညွှန်ကိန်းများ၏ အဆင့်များကို ကနဦးဆန်းစစ်မှုများ ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။

အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို သတ်မှတ်ရန်အတွက် ပိုင်းဖြတ်သည့် အမှတ်တစ်ခု ရှိနေသော ကြောင့် စစ်တမ်းလေ့လာမှုအတွက် regression discontinuity ဒီဇိုင်းပုံစံတစ်ခုကို ရွေးချယ်နိုင်ခဲ့ပါသည်။ မှတ်ပုံ တင်စာရင်းသွင်းသည့် ၂၀၁၇ခုနှစ်၊ ဇွန်လ ၁ ရက်နေ့ တွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားသော မိခင်များသည် အကျိုးခံစားခွင့်ရအုပ်စုတွင် ပါဝင်ပြီး ဤနေ့မတိုင်မီ ကလေး မီးဖွားထားသဖြင့် အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့်ရရန် သတ်မှတ် အရည်အချင်းနှင့် ကိုက်ညီခြင်းမရှိသော အမျိုးသမီး များသည် နှိုင်းယှဉ်အုပ်စုတွင် ပါဝင်ပါသည် (လုံလောက် သည့် နမူနာအုပ်စုအရွယ်အစား ရရှိရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်စာရင်းသွင်းသည့် နေ့မတိုင်မီ ခြောက်လအတွင်း ကလေးမီးဖွားထားသော မိခင်များကိုလည်း အကျိုးခံစားခွင့်ရအုပ်စုတွင် ထည့်သွင်းထားပါသည်။)။ ဖြေဆိုသူများ နှင့်

ကလေးများ ပါဝင်သည့် အိမ်ထောင်စုစစ်တမ်းနှင့် ခန္ဓာကိုယ်တိုင်းတာမှုများကို ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ ထို့ပြင် ဆက်စပ်နေသော အခြေအနေ အကြောင်းခြင်းရာများကို ပိုမိုနားလည်သိရှိနိုင်ရန်အတွက် ကျေးရွာများအကြောင်း အချက်အလက်များကိုလည်း ကောက်ခံခဲ့ပါသည်။

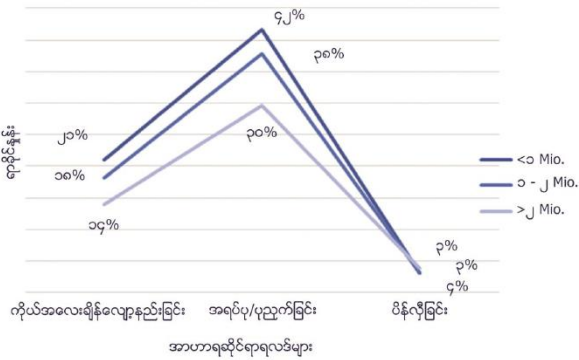
ချင်းပြည်နယ်ရှိ မြို့နယ်နှင့် မြို့နယ်ခွဲ ၁၃ ခုမှ ရပ်ကွက် နှင့် ကျေးရွာအုပ်စု ၁၈၉ ခုရှိ အစုပေါင်း ၂၀၄ စု ပါဝင်သော နမူနာအုပ်စုအတွင်းမှ သတ်မှတ်အရည်အချင်းနှင့် ကိုက်ညီသည့် ဖြေဆိုသူစုပေါင်း ၂,၅၈၅ ဦးကို တွေ့ဆုံ မေးမြန်းခဲ့ပါသည်။ လေ့လာမှုတွင် အကျိုးခံစားခွင့်ရသော အိမ်ထောင်စု (လက်ရှိ ကိုယ်ဝန်ရှိနေသူ သို့မဟုတ် ၂၀၁၇ ဇွန်လ ၁ ရက် နောက်ပိုင်း မွေးသော ကလေးများ) ၁,၇၁၃ စု နှင့် နှိုင်းယှဉ်အုပ်စုတွင် အိမ်ထောင်စုပေါင်း ၈၇၂ စုတို့ကို မေးမြန်းခဲ့ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ အိမ်ထောင်စု စစ်တမ်းများအား မြို့ပြ၊ ကျေးလက်နှင့် ဝေးလံခေါင်ဖျား ဒေသများဟူ၍ ခွဲခြားကောက်ခံခဲ့ပြီး ခန္ဓာကိုယ်တိုင်းတာမှု များအား အတိုင်းခံရန် သဘောတူသော အမျိုးသမီးများ၊ မိဘများ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူများမှ ခွင့်ပြုသော ကလေးများတွင် လုပ်ဆောင်ခဲ့ပါသည်။

အာဟာရဆိုင်ရာ ရလဒ်များ

ကနဦးစစ်တမ်းမှ တွေ့ရှိချက်များအရ နမူနာအုပ်စုတွင် ပါဝင်သည့် အသက်ငါးနှစ်အောက် ကလေးများအတွက် အောက်ပါ အာဟာရအခြေအနေများကို သိရှိရပါသည် - အရပ်ပု/ပုညက်မှုန့်နုန်း သုံးဆယ်ခုနှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၃၇.၁%)၊ ပိန်လီမှုန့်နုန်း သုံးရာခိုင်နှုန်း (၃.၃%) နှင့် ကိုယ်အလေးချိန်လျော့မှုနုန်း တစ်ဆယ့်ရှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၁၈.၃%) တို့ဖြစ်ပါသည်။ ပုညက်မှုအဆင့်သည် တစ်နိုင်ငံလုံးပျမ်းမျှမှုနုန်း (၂၉.၂%) ထက် မြင့်မားနေပြီး ကိုယ်အလေးချိန်လျော့နည်းမှုမှာ တူညီကာ (၁၈.၉%) ပိန်လီမှုမှာ လျော့နည်းပါသည် (၇%)။ ပုံ ၁ တွင် ပြထားသည့်အတိုင်း ဝင်ငွေသည် ကိုယ်အလေးချိန်လျော့ခြင်းနှင့် ပုညက်ခြင်းတို့အတွက် အကြောင်းရင်းတစ်ခု ဖြစ်သော်လည်း ပိန်လီမှုနှင့် ဆက်စပ်မှုမရှိပါ။



ပုံ ၁ - ဝင်ငွေအဆင့်အလိုက် ပြထားသော အာဟာရဆိုင်ရာ ရလဒ်များ



နမူနာအုပ်စုတွင် တွေ့ရသော ပုညက်မှုနှုန်းသည် မြင့်မားသည်ဟု ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီး (WHO) က ယူဆပါသည်။ နမူနာအုပ်စုအတွင်းရှိ အသက်ငါးနှစ်အောက်ကလေးများ၏ စုစုပေါင်း တစ်ဆယ့်လေးရာခိုင်နှုန်းသည် ပေါင်မပြည့်ဘဲ မွေးဖွားခြင်း (၂,၅၀၀ ဂရမ်အောက်) ဖြစ်ပြီး ယင်းအချက်အလက်အား မိခင်များ၏ မှတ်မိမှုနှင့် အသက်နှစ်နှစ်အောက် ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေး ကတ်ပြားများမှ ရရှိခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

နမူနာအုပ်စုဝင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်မဟုတ်သော မိခင်များ၏ စုစုပေါင်း ကိုးရာခိုင်နှုန်း (၉%) တွင် ခန္ဓာကိုယ်ဒြပ်ထု အညွှန်းကိန်း (BMI) ပုံမှန်ထက်နည်းနေပါသည်။ ကိုယ် အလေးချိန်များခြင်းနှင့် အဝလွန်ခြင်းများသည်ကျေးလက် (၁၀.၀%) နှင့် ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများ (၆.၂%) နှင့် နှိုင်းယှဉ်လျှင် မြို့ပြဒေသများ (၂၀.၉%) တွင် သိသိသာသာ မြင့်မားနေပါသည်။ နမူနာအုပ်စုတွင် ပါဝင်သော ကိုယ်ဝန်ဆောင် မိခင်များ၏ လေးရာခိုင်နှုန်း (၄.၄%) တွင် လက်မောင်းလုံးပတ် (MUAC) သည် ၁၇ စင်တီမီတာမှ ၂၁ စင်တီမီတာကြား ရှိသဖြင့် အသင့်အတင့် အာဟာရချို့တဲ့မှုကို ပြသနေပါသည်။

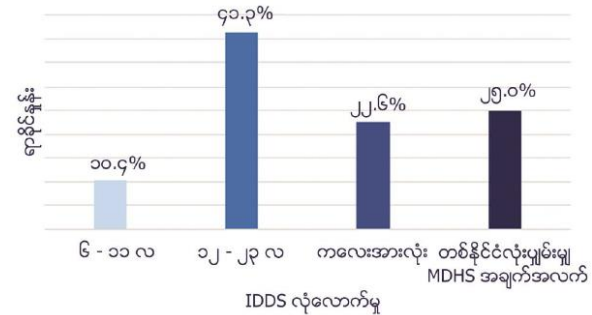
အာဟာရဆိုင်ရာ အလေ့အထများနှင့် ဗဟုသုတ

နမူနာအုပ်စုဝင် ကျေးလက်ဒေသများမှ အမျိုးသမီးများ၏ အစာအာဟာရစုံလင်မှုတစ်စွာ စားသုံးမှုအမှတ် (WDDS) (၃.၈) သည် ပျမ်းမျှအားဖြင့် မြို့ပြဒေသမှ ဖြေဆိုသူများ (၅.၀)နှင့် နှိုင်းယှဉ်လျှင် သိသိသာသာ ပိုနည်းနေပါသည်။ နမူနာအုပ်စုတွင် ပါဝင်သည့် အသက် ၆လမှ ၂၃လ အတွင်းရှိ ကလေးများ၏ နှစ်ဆယ့်သုံးရာခိုင်နှုန်း (၂၂.၆%) တွင် အစာအာဟာရစုံလင်မှုတစ်စွာ စားသုံးမှုမှာ လုံလောက်ပါသည်။ ပုံ ၂ တွင် ပြသထားသည့် အတိုင်း

အသက်အုပ်စုအလိုက် စာရင်းအင်းပညာအရ သိသာထင်ရှားသော ကွာခြားမှုများ ရှိပါသည်။ အလားတူပင် အစာစားသည့်ကြိမ်နှုန်းသည်လည်း အသက်ပေါ် မူတည်ကာ ကွာခြားမှုရှိရာ နမူနာအုပ်စုအတွင်းရှိ အသက် ၁၂လမှ ၂၃လကြား ကလေးများတွင် အစာစားသုံးသင့်သည့် အနိမ့်ဆုံးကြိမ်နှုန်း ကို ပြည့်မီစားသုံးသူမှာ သုံးဆယ့်ခုနစ်ရာခိုင်နှုန်း (၃၇.၄%) သာရှိပြီး အသက် ၆လမှ ၁၁လကြား ကလေးများတွင်မူ ခုနစ်ဆယ့်ကိုး ရာခိုင်နှုန်း (၇၉.၀%) ရှိပါသည်။

နမူနာအုပ်စုထဲတွင် မိခင်နှိုင်းစီသော ကလေးများအတွက် လုံလောက်စွာ စားသုံးရမည့် ကြိမ်နှုန်းကို မှန်ကန်စွာ ပြောနိုင်သည့် အမျိုးသမီးမှာ နှစ်ဆယ့်ကိုးရာခိုင်နှုန်း (၂၉.၁%) ရှိပါသည်။ မိခင်နှိုင်းစီသော ကလေးများတွင်မူ အသက် ၉လမှ ၂၃လကြား ကလေးများအတွက် လုံလောက်စွာစားသုံးသင့်သည့် ကြိမ်နှုန်းကို မှန်ကန်စွာ ပြောနိုင်သော မိခင်များမှာ ရှစ်ဆယ့်ခြောက်ရာခိုင်နှုန်း (၈၆.၀%) ရှိပြီး အသက် ၆လမှ ၈လကြား ကလေးများ အတွက်မူ မိခင်များ၏ ကိုးဆယ့်နှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၉၁.၇%) ရှိပါသည်။

ပုံ ၂ - အသက်အုပ်စုအလိုက် လေးများ၏ IDDS ပြပုံ



အကုန်အာဟာရဓာတ် ဖြည့်စွက်စားသုံးမှုသည် ခန္ဓာကိုယ်၏ ဇီဝကမ္မလုပ်ငန်းဆောင်တာများ၊ ခန္ဓာကိုယ်ကြီးထွားမှု နှင့် ဖွံ့ဖြိုးမှုများအတွက် မရှိမဖြစ် လိုအပ်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် အမျိုးသမီးများသည် သံဓာတ်အားဖြည့်ဆေးများနှင့် ကလေးများသည် ဝိတာမင်အေတို့ကို သောက်သုံးရန် အရေးကြီးပါသည်။ နမူနာအုပ်စုတွင်းရှိ အမျိုးသမီးများ၏ ရှစ်ဆယ့်သုံးရာခိုင်နှုန်း (၈၃.၀%) သည် နောက်ဆုံး ကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်တွင် သံဓာတ်အားဖြည့် ဆေးပြားများကို သောက်သုံးခဲ့ပြီး ၁၂လမှ ၂၃လကြား ကလေးများ၏ လေးဆယ့်လေးရာခိုင်နှုန်း (၄၃.၆%) နှင့် ၆လမှ ၁၁လကြား ကလေးများ၏ နှစ်ဆယ့်ရှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၂၈.၄%) သည် ဝိတာမင်အေ ဆေးပြားများကို သောက်သုံးခဲ့ကြပါသည်။



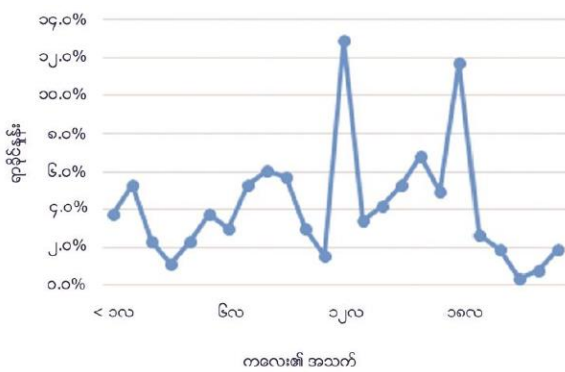
အသက် ၂ နှစ်အောက် ကလေးများ အစာကျွေးခြင်း (IYCF)

နမူနာအုပ်စုအတွင်းရှိ အသက်နှစ်နှစ်အောက် ကလေးများ၏ ခုနစ်ဆယ့်လေးရာခိုင်နှုန်း (၇၃.၆%) သည် မွေးပြီးတစ်နာရီ အတွင်းတွင် မိခင်နို့တိုက်ကျွေးခံရပြီး နောက်ပိုင်းတွင်လည်း မိခင်နို့စောစီးစွာ စတင်တိုက်ကျွေးသည့် အလေ့အထများ ရှိခဲ့ပါသည်။ နမူနာအုပ်စုအတွင်း ရှိ အသက်ခြောက်လအောက် ကလေးများ၏ ငါးဆယ့် နှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၅၁.၉%) ကို မိခင်နို့ တစ်မျိုးတည်း တိုက်ကျွေးနေပြီး ကလေးအသက် ငါးလ ရောက်လာသော အခါ ထိုနှုန်းသည် နှစ်ဆယ့်ရှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၂၇.၇%) အထိ ကျဆင်းသွားပါသည်။ နမူနာအုပ်စုဝင် အသက် ၆လမှ ၈လအထိ ကလေးများ၏ ရှစ်ဆယ့်ကိုးရာခိုင်နှုန်း (၈၉.၀%) ကို အစာမာ (အဖတ်)၊ မပျော့မမာအစာနှင့် နူးညံ့သောအစာများကို စတင်ကျွေးနေပြီ ဖြစ်ပါသည်။ နမူနာအုပ်စုတွင်းရှိ ၁၂လမှ ၂၃လ ကြားကလေးများ၏ သုံးဆယ့်နှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၃၁.၆%) သည် မိခင်နို့ စို့နေဆဲဖြစ်ပါသည်။

ဖြေဆိုသူများ၏ ရှစ်ဆယ့်ရာခိုင်နှုန်း (၇၉.၇%) သည် မွေးကင်းစ ကလေးငယ်အား မွေးဖွားပြီးတစ်နာရီအတွင်း တွင် မိခင်နို့တိုက်ကျွေးသင့်သည် ဆိုသည်ကို သိရှိကြပါသည်။ ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများတွင် ဗဟုသုတများမှာ သိသိသာသာ နည်းပါးပါသည်။ ထိုဒေသများတွင် ဖြေဆို သူများ၏ ခုနစ်ဆယ့်လေးရာခိုင်နှုန်း (၇၄.၀%) သည် မိခင်နို့ စောစီးစွာ စတင်တိုက်ကျွေးမှုအကြောင်းကို သိရှိကြပါသည်။

နမူနာအုပ်စုအတွင်းရှိ ဖြေဆိုသူများ အားလုံး၏ ငါးဆယ့်သုံးရာခိုင်နှုန်း (၅၃%) သည် မိခင်နို့တစ်မျိုးတည်း တိုက်ကျွေးခြင်း၏ အဓိပ္ပာယ်ကို မှန်ကန်စွာ ပြောပြနိုင်ပြီး ဖြေဆိုသူများ၏ လေးဆယ့်ရှစ်ရာခိုင်နှုန်း (၄၈.၁%) က ကလေးများအား အသက်နှစ်နှစ်နှင့် နှစ်နှစ် နောက်ပိုင်း အထိ မိခင်နို့ကို တိုက်ကျွေးသင့်ကြောင်း သိရှိကြပါသည်။ သို့သော် ပုံ ၃ တွင် ပြသထားသည့်အတိုင်း အသက် ၂ နှစ် မပြည့်မီ မိခင်နို့တိုက်ကျွေးခြင်းကို ရပ်တန့်လိုက်သည်များရှိကြောင်း တွေ့ရှိရပါသည်။

ပုံ ၃ - မိခင်နို့ တိုက်ကျွေးခြင်းကို ရပ်တန့်လိုက်သည့် အချိန်များပြပုံ



ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူသည့် အမူအကျင့်များ

နမူနာအုပ်စုတွင်းရှိ မိခင်များ၏ ငါးဆယ့်လေးရာခိုင်နှုန်း (၅၄%) သည် ကိုယ်ဝန်ဆောင် စောင့်ရှောက်မှုကို လေးကြိမ် သို့မဟုတ် လေးကြိမ်အထက် ခံယူခဲ့ပါသည်။ မြို့ပြ (၇၅.၆%)၊ ကျေးလက် (၄၇.၁%)နှင့် ဝေးလံခေါင်ဖျား (၃၉.၇%) ဒေသများကြား ကွာခြားချက်များမှာ သိသာထင်ရှားပါသည်။ နမူနာအုပ်စုတွင်းရှိ ကလေးများ၏ ရှစ်ဆယ့်ခြောက်ရာခိုင်နှုန်း (၈၅.၇%)အား ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း၏ အကူအညီဖြင့် မွေးဖွားခြင်းဖြစ်သော်လည်း နမူနာအုပ်စုအတွင်းရှိ မိခင်များ၏ ခြောက်ဆယ့် တစ်ရာခိုင်နှုန်း (၆၁.၉%) သည် မီးဖွားပြီးနောက် မီးတွင်းကာလ ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးပေးမှုများ မရရှိခဲ့ကြပါ။

ကလေးများ၏ ကာကွယ်ဆေးလွှမ်းခြုံမှုသည် BCG အတွက် (၉၃.၇%)မှာ အမြင့်မားဆုံးဖြစ်ပြီး ယင်းနောက် တွင် အနည်းဆုံး ငါးမျိုးစပ်/ DPT ကာကွယ်ဆေး တစ်ကြိမ်ထိုးနှံမှုမှာ ကိုးဆယ်ရာခိုင်နှုန်း (၉၀.၃%) ရှိပါသည်။ ကလေးများ၏ ခုနစ်ဆယ့် ခုနစ်ရာခိုင်နှုန်း (၇၇%) သည် ဝက်သက် သို့မဟုတ် ဂျိုက်သိုးကာကွယ်ဆေး ကို ထိုးနှံခံရခြင်း မရှိပါ။ နမူနာအုပ်စုဝင်ကလေး များ၏ သုံးဆယ့်လေးရာခိုင်နှုန်း (၃၃.၉%) သည် စစ်တမ်း မကောက်ယူမီ ၂ ပတ်အတွင်းတွင် ကူးစက်ရောဂါတစ်မျိုး ခံစားခဲ့ရ ပါသည်။

မြို့ပြဒေသများရှိ နမူနာအုပ်စုအတွင်းမှ အမျိုးသမီးများ၏ ခုနစ်ဆယ့် ကိုးရာခိုင်နှုန်း (၇၉%) က အမျိုးသမီးတစ်ဦး သည် ကိုယ်ဝန်ဆောင် စောင့်ရှောက်မှု အနည်းဆုံး လေးကြိမ် ခံယူသင့်ကြောင်း သိရှိကြရာ ကျေးလက်ဒေသတွင် ခြောက်ဆယ့်ခုနစ်ရာခိုင်နှုန်း (၆၇.၁%) နှင့် ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများ ခြောက်ဆယ့်နှစ် ရာခိုင်နှုန်း (၆၁.၆%) ရှိသည်နှင့် နှိုင်းယှဉ်ကြည့်နိုင်ပါသည်။ ဖြေဆိုသူများ၏ ရှစ်ဆယ့်ရာခိုင်နှုန်း (၈၀%) သည် ၎င်းတို့ကလေးတွင် ဖျားခြင်း၊ ဝမ်းပျက်ဝမ်းလျှောခြင်း သို့မဟုတ် လတ်တလော အသက်ရှု လမ်းကြောင်းပိုးဝင်ခြင်း၏ လက္ခဏာများ တွေ့လျှင် ကျန်းမာရေး ဌာန သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်းထံသို့ သွားရောက်ကုသမှု ခံယူမည်ဖြစ်သည်။ သို့သော် ထိုဗဟုသုတသည် ကျေးလက် (၈၁.၃%) နှင့် မြို့ပြ(၈၆.၉%) ဒေသများနှင့် နှိုင်းယှဉ်လျှင် ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများ (၇၁.၂%)တွင် သိသိသာသာ နည်းပါးနေပါသည်။

ဆက်နွယ်ချိတ်ဆက်မှုပြုကိန်းရှင်များ

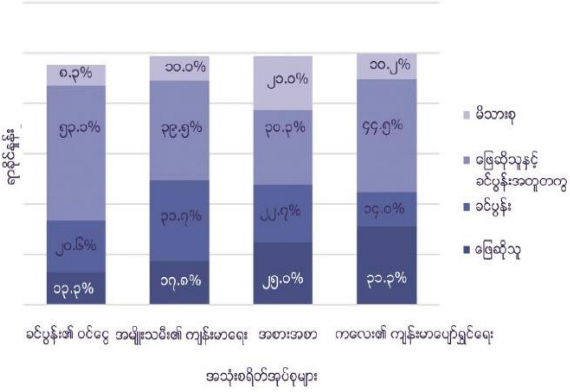
တွေ့ရှိချက်များ ပိုမိုပြည့်စုံစေရန်အတွက် ဆက်နွယ်ချိတ် ဆက်မှုပြု ကိန်းရှင်များအား လေ့လာမှုမှတစ်ဆင့် သတ်မှတ်ဖော်ထုတ် ခဲ့ပါသည်။ သန့်ရှင်းရေးအတွက် အခြေခံ လိုအပ်ချက်များကို



အသုံးပြုမှုသည် မြို့ပြရှိ အိမ်ထောင်စုများတွင် ခြောက်ဆယ့်နှစ် ရာခိုင်နှုန်း (၆၂.၃%) ရှိပြီး ကျေးလက်အိမ်ထောင်စုများတွင် ခြောက်ဆယ်ရာခိုင်နှုန်း (၆၀%) ရှိသည့်အတွက် သိသာထင်ရှားမှု မရှိသော်လည်း ကွာခြားမှုရှိနေသည်ကို တွေ့ရပါသည်။ ထို့ပြင် နမူနာ အုပ်စုရှိ အိမ်ထောင်စုများအားလုံး၏ ရှစ်ဆယ့်နှစ် ရာခိုင်နှုန်း (၈၂.၃%) တွင် လက်ဆေးရန်အတွက် ရေနှင့် ဆပ်ပြာရရှိနိုင် ပါသည်။ နမူနာအုပ်စုဝင်ကျေးလက် အိမ်ထောင်စုများတွင် ခြောက်ဆယ့်ကိုးရာခိုင်နှုန်း (၆၈.၅%) သည် သန့်ရှင်းသော သောက်ရေအရင်းအမြစ်ကို အသုံးပြုနေသည်ဖြစ်ရာ ရှစ်ဆယ့်လေး ရာခိုင်နှုန်း (၈၄.၂%) အသုံးပြုနိုင်သည့် မြို့ပြအိမ်ထောင်စုများနှင့် နှိုင်းယှဉ် လျှင် သိသာစွာ ကွာခြားမှု ရှိပါသည်။ အိမ်ထောင်စုများ အတွင်းရှိ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်မှုသည် မိသားစုအတွင်းရှိ အသုံးစရိတ် အမျိုးအစားများပေါ်တွင် မူတည်ပြီး ပူးတွဲ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်မှု များကို အများဆုံးတွေ့ရကြောင်း ပုံ ၄ တွင် ပြသထားပါသည်။ လွန်ခဲ့သော တစ်ဆယ့်နှစ်လတာ ကာလအတွင်းတွင် မိသားစု စီမံကိန်းဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိသည့်

ဖြေဆိုသူများမှာ သုံးဆယ့်တစ်ရာခိုင်နှုန်း (၃၀.၉%) ရှိပြီး ယင်း သတင်းအချက်အလက်များကို အဓိကအားဖြင့် အစိုးရ မဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများက ပေးခဲ့ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

ပုံ ၄ ငွေသုံးစွဲမှုများအပေါ် အမျိုးသမီးများ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်မှုပြပုံ



အကြံပြုချက်များ

- ကနဦးစစ်တမ်းမှ တွေ့ရှိချက်များအရ နမူနာအုပ်စုမှ ကလေးများကြား အရပ်ပု/ပုညက်ခြင်းသည် မြန်မာတစ်နိုင်ငံလုံး ပျမ်းမျှနှုန်းထက် သိသာစွာ မြင့်မားနေဆဲ ဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုနိုင်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် မိခင် များရေး၊ ကလေးများအတွက်ပါ အာဟာရရလဒ်များ တိုးတက်လာအောင် ရည်ရွယ်သည့် ဆောင်ရွက်ချက်များ လိုအပ်နေမှုကို ပြသနေပါသည်။
- ရလဒ်များအားလုံးကို ကြည့်မည်ဆိုလျှင် သက်ဆိုင်မှု အရှိဆုံး ညွှန်ကိန်းများတွင် ဝင်ငွေနည်းအုပ်စုများ၏ ရလဒ်များသည် ပိုမိုအားနည်းနေသည် ကို တွေ့ရသည့်အတွက် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ပေးရေး အစီအစဉ်မှ အကျိုးကျေးဇူးများသည် ပိုမိုဆင်းရဲနွမ်းပါးသော အိမ်ထောင်စုများကို အများဆုံး အကျိုးပြုရန် မျှော်လင့်ပါသည်။ သို့သော် ပိန်လီခြင်းကဲ့သို့သော အာဟာရ ရလဒ်အချို့မှာမူ ဝင်ငွေအဆင့်များနှင့် ဆက်နွယ်မှုမရှိ သည့်အတွက် ချင်းပြည်နယ်ရှိ အာဟာရအစီအစဉ်သည် အားလုံးကို လွှမ်းမိုးသော နည်းလမ်းဖြင့် ချဉ်းကပ်ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်ကြောင်း သေချာစေပါသည်။
- ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် အာဟာရဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို အမျိုးသမီးများမှ ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်မှုမှာ တွေ့ရလေ့နည်းပါးကြောင်း အစီအစဉ်၏ ဆောင်ရွက်ချက်များတွင် ငွေသုံးစွဲမှုများတွင် အမျိုးသမီးများ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်မှု အခန်းကဏ္ဍနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် တွေ့ရှိချက်များကို ထည့်သွင်း စဉ်းစားသင့်ပါသည်။
- နမူနာအုပ်စုတွင်းရှိ အမျိုးသမီးများရေး၊ ကလေးများပါ အစာအာဟာရ စုံလင်မှုတစ်စွာ စားသုံးမှု နည်းပါးနေကြောင်း တွေ့ရှိချက်များက ပြသ နေသည့်အတွက် အာဟာရဆိုင်ရာ အသိပညာပေးမှုနှင့် SBCC တွင် အစာ အာဟာရစုံလင်စွာ စားသုံးရန် အရေးကြီးပုံနှင့် အစားအစာများ၏ အရည်အသွေးအကြောင်း အလေးပေး ပြောကြားခြင်းဖြင့် လုံလောက်စွာ ဖြေရှင်းသင့်ပါသည်။
- ယေဘုယျအားဖြင့် ကလေးအများစုသည် တစ်နေ့တာတွင် စားသုံးသင့်သည့် အကြိမ်ရေကို စားသုံးနေရသော်လည်း အစီအစဉ်တွင် အသက် ၁၂လမှ ၂၃လအထိ ကလေးများတွင် အစာစားသုံးသည့် အကြိမ် လုံလောက်မှုသည် သိသာစွာကျဆင်းသွားခြင်းကို နားလည်သိရှိရန်နှင့် ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန် ကြိုးပမ်းသင့်ပါသည်။



- ထိုမျှသာမက မိခင်နို့မစို့သော ကလေးများတွင် အစာစားသုံးသည့် ကြိမ်နှုန်းသည် ဖြေဆိုသူများ၏ ဗဟုသုတ နည်းပါးမှုနှင့် ကိုက်ညီစွာ လုံလောက်မှုမရှိဆုံး ဖြစ်နေသည့်အတွက် အာဟာရဆိုင်ရာ အသိပညာပေး အစီအစဉ်များတွင် ယင်းနှင့်သက်ဆိုင်သည့် သတင်း စကားတစ်ခုကို ထပ်မံထည့်သွင်းသင့်ပါသည်။
- မိခင်နို့တိုက်ကျွေးမှုနှုန်းသည် အသက် တစ်နှစ်အောက် ကလေးများတွင် မြင့်မားသော်လည်း အသက် ၁၂လမှ ၂၃လအထိ ကလေးများတွင် သိသာစွာ ကျဆင်းသွားပါသည်။ ဖြေဆိုသူများ၏ သုံးပုံတစ်ပုံက မိခင်နို့တိုက်ကျွေးခြင်းအား အသက်ခြောက်လတွင် ရပ်တန့်သင့်သည်ဟု ထင်မှတ်နေဆဲ ဖြစ်ပါသည်။ အလားတူပင် မိခင်နို့တစ်မျိုးတည်း တိုက်ကျွေးမှုနှုန်းသည် ကလေးအသက် ငါးလအတွင်းတွင် သိသာစွာ ကျဆင်းသွားပါသည်။ ထို့ကြောင့် မိခင်နို့တိုက်ကျွေးသည့် အလေ့အထနှင့် ဗဟုသုတများကို လုံလောက်သည့် အဆင့်အထိ တိုးမြှင့်ရန်မှာ ချင်းပြည်နယ်တွင် ဆောင်ရွက်မည့် အစီအစဉ်၏ အဓိကကျသော အရေးကိစ္စ တစ်ခု ဖြစ်သင့်ပါသည်။
- ညွှန်ကိန်းများအားလုံးတွင် ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများမှ ရလဒ်များသည် ကောင်းမွန်မှုမရှိဘဲ အထူးသဖြင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူသည့်အလေ့အထများတွင် ကောင်းမွန်မှုမရှိကြောင်း ကနဦးစစ်တမ်းတွင် တွေ့ရှိရပါသည်။ ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများတွင် ဥပမာ ကိုယ်ဝန်ဆောင် စောင့်ရှောက်မှု ခံယူခြင်းနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် ဗဟုသုတနှင့် အလေ့အထများ၏ ကွာခြားချက်ကို ကြည့်လျှင် အလေ့အထများ ကောင်းမွန်လုံလောက်မှုမရှိခြင်းသည် ဗဟုသုတ မရှိခြင်းကြောင့်သာမကဘဲ သင့်လျော်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်လှမ်းမမီမှု နှင့်/သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများ ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း မရှိမှုကြောင့်လည်း ဖြစ်ကြောင်း ညွှန်ပြနေပါသည်။ ချင်းပြည်နယ် MCCT အစီအစဉ်၏ အကြီးမားဆုံးသော စိန်ခေါ်မှုမှာ အာဟာရဆိုင်ရာ အသိပညာပေးမှုနှင့် လူမှုရေးဆိုင်ရာ အမှုအကျင့် ပြောင်းလဲမှု သတင်းစကားများပါးရာတွင် ချင်းပြည်နယ်ရှိ အဝေးလံဆုံးသော ဒေသများတွင် နေထိုင်သူများအားလုံးပါ ပါဝင်လာအောင် ဆောင်ရွက်ရန် ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် ဝန်ဆောင်မှုများ ဆောင်ရွက် ပေးမှုကဲ့သို့ စနစ်နှင့်ဆိုင်သော ကိစ္စများသည် ယေဘုယျအားဖြင့် ချင်းပြည်နယ်တစ်ခုလုံးနှင့် အထူးသဖြင့် ဝေးလံခေါင်ဖျားဒေသများရှိ ကလေးများနှင့် မိခင်များ အာဟာရချို့တဲ့မှု၏ အကြောင်းရင်းများကို ဦးတည်ဖြေရှင်းရာတွင် အတားအဆီးတစ်ခု ဖြစ်ကောင်းဖြစ်နေနိုင်ပါသည်။

ဤကနဦး စစ်တမ်းကို Myanmar Survey Research (MSR) မှ ဆောင်ရွက်ပါသည်။



Livelihoods and Food Security Trust Fund