



Türk Hekimlerin Göçü: Mesleki Faktörlerin Etkisi*

Furkan Baki Zaralioğlu**

Nil Selenay Erden

Öz: Bu çalışma, Türkiye'den yurt dışına göç eden hekimlerin hem Türkiye'deki hem de göç sonrası ülkelerdeki mesleki beklenti ve deneyimlerini anlamayı amaçlamaktadır. Literatürde, Türk hekimlerin göç nedenlerine ve göç ettikleri ülkelere ilişkin sayısal verilere odaklanan çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen göç sonrası deneyimlerin derinlemesine ele alındığı çalışmaların sınırlı oluşu, bu konuda nitel bir araştırma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu bağlamda, araştırma sorularına en uygun yaklaşımın kalitatif yöntem olduğu düşünülmüştür. Çalışma kapsamında, meslek hayatına Türkiye'de başlayıp yurt dışına göç eden 11 hekimle yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş, elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Bulgular, hekimlerin mesleğe başlarken taşıdıkları beklentilerin zamanla nasıl dönüştüğünü, Türkiye'deki çalışma koşullarının bu beklentileri ne ölçüde karşıladığını ve göç kararını şekillendiren başlıca etkenleri ortaya koymaktadır. Çalışmaya göre; göç öncesinde hekimlerin Türkiye'de maruz kaldığı olumsuz çalışma koşulları, ağır iş yükü, katı hiyerarşik yapı, idari baskılar ve hasta-hekim iletişiminin niteliğindeki sorunlar göç kararını etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Göç sonrasında ise sistemin ve iş ilişkilerinin olumlu yönleri, çalışma ortamının dinamiklerine yönelik olumlu değerlendirmeler hem kişisel hem mesleki bağlamda karşılaşılan fırsat ve algılanan destek öne çıkan unsurlardır. Bu sonuçlar, hekimlerin göç etme nedenlerinin yanı sıra göç ettikleri ülkelerde karşılaştıkları fırsatlar ve karşılaştıkları güçlükleri de ortaya koymaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, Türkiye'deki sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beyin Göçü, Türk Hekimler, Mesleki Beklentiler, Çalışma Deneyimi

Abstract: This study aims to understand the professional expectations and experiences of physicians who have emigrated from Türkiye to other countries, both in Türkiye and in their countries of destination. Although there are numerous studies in the literature focusing on numerical data regarding the reasons for Turkish physicians' migration and the countries they migrate to, the limited number of studies that examine post-migration experiences in depth has highlighted the need for qualitative research on this subject. In this context, it was considered that the most appropriate approach to the research questions was the qualitative method. Within the scope of the study, semi-structured interviews were conducted with 11 physicians who began their professional careers in Türkiye and then migrated abroad; the data obtained were evaluated using content analysis. The findings reveal how the expectations that physicians had when starting their careers changed over time, the extent to which working conditions in Türkiye met these expectations, and the main factors that shaped their decision to emigrate. According to the study, the negative working conditions, heavy workload, rigid hierarchical structure, administrative pressures, and problems

* Bu çalışma, ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazar tarafından hazırlanmış yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

** Sorumlu Yazar

@ Arş. Gör., İstanbul Medipol Üniversitesi, furkan.zaralioğlu@medipol.edu.tr
Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, nilerden@istanbul.edu.tr

id <https://orcid.org/0000-0002-0962-5264>
<https://orcid.org/0000-0001-8422-9109>

DOI: 10.12658/M0788
insan & toplum, 2026; 16(1): 100-128.
insanvetoplum.org

Başvuru: 09.04.2025
Revize: 20.06.2025
Kabul: 24.09.2025
Erken Baskı: 19.01.2026

in the quality of patient-doctor communication that physicians were exposed to in Türkiye prior to migration are among the key factors influencing the decision to migrate. After migration, the positive aspects of the system and work relationships, positive assessments of the dynamics of the working environment, opportunities encountered in both personal and professional contexts, and perceived support are the prominent elements. These results reveal not only the reasons for physicians' migration but also the opportunities and difficulties they encounter in the countries they migrate to. Based on the findings obtained from the research, various recommendations have been developed for improving the healthcare system in Türkiye.

Keywords: Brain Drain, Turkish Physicians, Professional Expectations, Work Experience

Giriş

Küreselleşmenin etkisiyle bireyler; ekonomik, sosyal ve kültürel faktörler doğrultusunda daha önce eşi benzeri görülmemiş bir şekilde coğrafi sınırları aşarak göç etmektedir. Uluslararası Göç Örgütü'nün (2024) verilerine göre iş, aile ve eğitim gibi çeşitli nedenlerle göç eden kişi sayısı 281 milyona ulaşmış olup bu sayı dünya nüfusunun %3,6'sına tekabül etmektedir. Günümüzde göçmenlerin önemli bir kısmını yüksek niteliklere sahip bireyler oluşturmaktadır. Nitelikli göçmenlik, üniversite mezunu bireylerin daha iyi yaşam ve çalışma koşullarına ulaşma amacıyla kendi ülkelerinden ayrılması biçiminde tanımlanmaktadır (Iredale, 2001; Docquier ve Marfouk, 2006). Yapılan araştırmalar, yükseköğrenim düzeyine sahip bireylerin göç etme olasılığının düşük vasıflı bireylere kıyasla çok daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Gibson ve McKenzie, 2011; Docquier ve Rapoport, 2012).

Göç veren ülkeler arasında Karayipler, Orta Amerika ve Sahra Altı Afrika öne çıkarken Batı Avrupa ile Kuzey Amerika nitelikli iş gücü açısından başlıca hedef ülkeler olarak değerlendirilmektedir (Docquier ve diğerleri, 2005; Özden, 2006). Avrupa Birliği ülkeleri gibi göçmenler açısından cazip destinasyonlar, mülteci yerleştirme süreçleri ve kriz yönetimi gibi alanların yanı sıra nitelikli göçü teşvik etmeye yönelik çeşitli politika araçları da geliştirmektedir (Uluslararası Çalışma Örgütü, 2023). Öte yandan, beyin göçü göç veren ülkeler bakımından küresel ölçekte ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Kanada, Rusya ve Avustralya gibi ülkeler, nitelikli iş gücünü ABD ve Avrupa Birliği ülkelerine kaptırmakta; bu kaybı dengelemek amacıyla yüksek maliyetli stratejilere yönelmektedir (Humphries ve diğerleri, 2013). Bu bağlamda, nitelikli insan kaynağını elde tutmak ya da geri kazanmak, ülkeler açısından her geçen gün daha hayati bir öncelik haline gelmektedir.

Türkiye, 1970'li yıllardan bu yana beyin göçü olgusuyla karşı karşıya bulunmakta olup özellikle sağlık alanında kayda değer nitelikli iş gücü kayıpları yaşamaktadır. Sağlık turizmi ve salgın hastalıklarla mücadele gibi alanlarda kritik roller üstlenen hekimlerin, artan mesleki zorluklar ve yapısal sorunlar sebebiyle giderek daha fazla yurt dışına yöneldiği ifade edilmektedir. Bu durum, Türkiye'de hekim göçünün arkasında yatan nedenlerin ve mesleğe özgü etkenlerin kapsamlı bir şekilde incelenmesini zorunlu kılmaktadır.

Türk hekimlerinin göç etme eğilimlerine ve bu eğilimlerin nedenlerine ilişkin mevcut literatürde hem nitel hem de nicel birçok çalışma bulunmasına karşın bu hekimlerin göç ettikleri ülkelerde edindikleri mesleki ve bireysel deneyimlere odaklanan araştırmalar özellikle Türk hekimleri özelinde sınırlı sayıdadır. Bu çalışma, Türkiye’den başka ülkelere göç eden hekimlerin hem Türkiye’de hem de göç sonrası bulundukları ülkelerdeki mesleki beklenti ve deneyimlerini ayrıntılı biçimde analiz etmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda, hekimlerin göç kararlarını şekillendiren bireysel, mesleki ve yapısal etkenler değerlendirilmiş; göç öncesi ile göç sonrası deneyimlerin karşılaştırılması yoluyla Türkiye sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlik alanları ile göç edilen ülkelerdeki çalışma koşullarına ilişkin deneyimlere yer verilmiştir.

Hekimlerde Beyin Göçü

Hekim göçü, küresel ölçekte sağlık sistemlerini etkileyen stratejik bir olgudur (Mullan, 2005; Dünya Sağlık Örgütü, 2006; Ungureanu ve diğerleri, 2019). Göç eden hekimler, hizmet verdikleri ülkelerde sağlık sistemine katkı sunarken kaynak ülkelerde nitelikli iş gücünün azalmasına ve hizmet sunumunun zayıflamasına yol açmaktadır (Oberoi & Lin, 2006). Bu durum gelişmiş ülkeler açısından göçü maliyetleri düşürme aracı haline getirirken göç veren ülkeler için mevcut sorunları daha fazla ağırlaştırmaktadır. Bu duruma ek olarak, mühendislik ve akademisyenlik gibi diğer meslek gruplarına kıyasla hekimlerin tersine göç oranları oldukça düşüktür (Saxenian, 2005; Muthanna & Sang, 2018; Schultz & Rijks, 2014). Bu durum, hekim göçünü diğer nitelikli meslek gruplarına göre göç veren ülkeler açısından daha kalıcı ve yapısal etkileri olan bir sorun haline getirmektedir.

Hekim göçü ilk kez 1965 yılında Edinburgh’da düzenlenen İngiliz Milletler Topluluğu Tıp Konferansı’nda ciddi düzeyde ele alınmış, sonrasında Dünya Sağlık Örgütü’nün 1970’li yıllarda yayımladığı raporlarla küresel gündeme taşınmıştır (Martineau ve diğerleri, 2004; Bach, 2004). Bu yıllarda dünya genelindeki hekimlerin %6’sının göçmen olduğu, bu grubun ise %86’sının yalnızca beş ülke (Avustralya, Kanada, Almanya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri) tarafından istihdam edildiği tespit edilmiştir (Mejia ve diğerleri, 1979). Zaman içinde değişen politikalar hekim göçünün yönünü etkilemiştir. Son yüzyılda yeni kaynak bölgeler olarak Karayipler, Sahra Altı Afrika ile eski Sovyet coğrafyası öne çıkarken Körfez ülkeleri hedef ülkeler arasına girmiştir (Bach, 2003; Martineau ve diğerleri, 2004).

ABD ve Avrupa Birliği, yaşlanan nüfus ve sağlık çalışanı açığı gibi etkenler nedeniyle son yıllarda göçmen hekimlerin istihdamını teşvik eden politikalar geliştirmiştir (Forcier ve diğerleri, 2004; Hagopian ve diğerleri, 2004; Humphries

ve diğerleri, 2019). Güncel verilere göre, OECD ülkelerindeki hekimlerin ortalama %18,9'u göçmen kökenlidir. Bu oran Birleşik Krallık'ta %28,3, Almanya'da %14,9, ABD'de %23,3 ve Avustralya'da %26,5 olarak raporlanmaktadır (OECD, 2023; Aluttis ve diğerleri, 2014; Alman Tabipler Birliği, 2023). Ancak, göçmen hekimlerin yoğun şekilde istihdam edilmesi, yapısal uyumsuzluklara da yol açmaktadır.

Beyin israfı (brain waste), yüksek vasıflı çalışanların göç ettikten sonra, kendi mesleklerinde kullandıkları beceri ve deneyimlerini uygulayamayacakları işlerde çalışmaları durumu olarak tanımlanmaktadır (Salt, 1997). Göçmen hekimlerin mesleki yetkinliklerini tam olarak kullanamaması, kariyer memnuniyetsizliğiyle sonuçlanmaktadır (Lofters ve diğerleri, 2013). Örneğin, ABD'de bazı göçmen hekimler niteliklerine rağmen eczane sorumlusu olarak çalışmak zorunda kalmakta ve İrlanda'da birçok göçmen hekim kariyerlerinde mesleki olarak ilerleyemedikleri için başka ülkelere göç etmeyi değerlendirmektedir (Martineau, 2004; Humphries ve diğerleri, 2013). Diğer yandan hekim göçü, kaynak ülkelerin sağlık sistemlerini ciddi ölçüde zayıflatmakta ve küresel ölçekte sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri derinleştirmektedir (Agrawal ve diğerleri, 2011). Dünya Sağlık Örgütü'ne (2013) göre, 2035 yılı itibarıyla dünya genelinde sağlık çalışanı açığının 12,9 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte, hekim göçünün etkileri günümüzde de ciddi oranda görülmektedir. Örneğin, Mali'de hekim eksikliği nedeniyle toplum sağlığı merkezlerinin %57'si kapanmak zorunda kalmıştır (Friedman, 2004). Ayrıca hekim başına düşen hasta sayısı ABD'de 24, Birleşik Krallık'ta 27 ve Avustralya'da 30 iken Sahra Altı Afrika'da hekim başına düşen hasta sayısı yoğun göç sebebiyle 0,2 olarak ifade edilmektedir (Kollar ve Buyx, 2013).

Hekim göçü, sağlık sistemleri ve hizmet sunumu üzerindeki etkilerinin yanı sıra ciddi ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Tıp eğitimlerinin birçok ülkede genellikle devlet destekli olması nedeniyle, her göç eden hekim kaynak ülkeler için maliyet anlamına gelmektedir. Hindistan'ın bu nedenle son 70 yılda yaklaşık 3,6 ila 5 milyar dolar arasında bir kayıp yaşadığı tahmin edilmektedir (Nayak, 1996'dan akt. Dovlo, 2003). Bununla birlikte bu süreç sağlık ve ekonomi alanlarının ötesinde sağlık kurumlarının iç işleyişini de olumsuz yönde etkilemektedir. Göç eden hekimlerin yokluğu, geride kalan meslektaşların artan iş yükü ve stresle baş başa kalmasına yol açmaktadır. Bu durum, tükenmişlik sendromunun yaygınlaşmasına ve hekimlerin çalıştıkları kurumlardan istifa etmelerine neden olmaktadır (Stilwell ve diğerleri, 2003).

Türk Hekimlerin Göçü

Türkiye’de hekimlik, toplum tarafından en saygın mesleklerden biri olarak görülmektedir. Bu algı, tıp fakültelerinin Türkiye’deki en yüksek başarı sırasına sahip lise mezunları tarafından tercih edilmesinde etkili olmaktadır (Sunar ve diğerleri, 2015; Koytak, 2022). Ancak sağlık sisteminde süregelen yapısal sorunlar, mesleki tatminin azalması ve çalışma koşullarının giderek zorlaşması, hekimlerin yurt dışına göç etme eğilimlerini belirgin biçimde artırmaktadır.

Türkiye’de nitelikli iş gücünün yurt dışına göçü tarihsel olarak köklü bir olgu olsa da son yıllarda bu sürecin özellikle hekimler özelinde yoğunlaştığı görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın (2016) verilerine göre, yurt dışına yönelik beyin göçünün önemli bir bölümünü sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu eğilimin, Avrupa Birliği ülkeleriyle serbest dolaşım süreçlerinin ilerlemesiyle daha da hızlanabileceği öngörülmektedir. Bununla birlikte OECD ülkelerinde görev yapan yabancı uyruklu hekim oranı %18,9 iken bu durumun Türkiye’de yalnızca %0,2 olduğu belirtilmektedir (OECD, 2021; OECD, 2023). Bu bağlamda Türkiye’deki hekim göçü, Türk sağlık sisteminin üzerindeki yükü daha da artırmaktadır.

Türk hekim göçüne ilişkin ilk kapsamlı çalışmalar 1970’li yıllarda gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde düşük maaşlar, mesleki gelişim olanaklarının yetersizliği ve yönetsel sorunlar göçün temel nedenleri arasında sıralanmıştır (Başaran, 1972). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, 1979 yılı itibarıyla Türkiye’deki hekimlerin %11’inin yurt dışında çalışmakta olduğu belirtilmiştir (Mejia, 1979). Günümüze bakıldığında geçmişte olduğu gibi göç eğiliminin devam ettiği görülmektedir. Eurostat (2021) verilerine göre, 2021 yılı itibarıyla Türkiye’de 183.569 hekim görev yapmaktadır. Aynı yıl Türk Tabipleri Birliği (2023) verilerine göre, yurt dışında çalışmak veya eğitim almak amacıyla “iyi hal belgesi” talep eden hekim sayısı 1.405 olmuştur. Bu sayı 2022’de 2.685’e, 2023’te ise 3.025’e yükselmiştir.

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi’nin (2023) verilerine göre ise ülkede görev yapan 470 Türk sağlık çalışanının 214’ü hekimdir. Bununla birlikte Almanya, Türk hekimlerin en çok tercih ettiği ülkelerden biri haline gelmiştir. 2013-2023 yılları arasında Almanya’da çalışan Türk hekim sayısı üç kat artarak 2.344’e ulaşmıştır (Alman Tabipler Birliği, 2023; Güzel, 2024). Söz konusu bu artış oranları yalnızca klinik alanla sınırlı kalmamakta, sağlık alanında akademik faaliyet gösteren hekimleri de kapsamaktadır. Akçığit ve arkadaşlarının hazırladığı Akademik Diaspora Raporu’na göre, Türkiye’de yüksek nitelikte yayın üreten araştırmacıların %45’inin sağlık alanında faaliyet gösterdiği belirtilmektedir (Akçığit ve diğerleri, 2023). Aynı raporda, yurt dışına göç eden sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının oldukça kaliteli yayınlara

imza atan araştırmacılardan oluştuğu ve bu durumun, 2015 sonrasında Türkiye'deki yayın üretimini olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Akçığıt ve diğerleri, 2023).

Son dönemlerde sağlık alanında gerçekleştirilen düzenlemelerin hekimlerin mesleki faaliyetlerini zorlaştırdığı, iş yüklerini artırdığı ve çalışma koşullarını olumsuz yönde etkilediği çeşitli araştırmalarda dile getirilmektedir (Erdem ve Atalay, 2017; Harman-Yıldız ve Özer, 2022). Yapılan çalışmalarda, sağlıkta dönüşüm politikaları ile performansa dayalı sistemlerin yanı sıra hasta-hekim ilişkilerinde yaşanan değişimlerin, hekimlerin mesleki tatminini azalttığı ve bu durumun yurt dışına göç etme eğilimlerini güçlendirdiği belirtilmektedir (Uğur, 2022; Sancak ve diğerleri, 2023). Ayrıca, hekimlerin sahip oldukları bilgi ve yetkinliklerin uluslararası düzeyde tanınıyor olması, göç sürecini kolaylaştıran önemli bir başka unsur olarak öne çıkmaktadır (Koytak, 2022). Avrupa ülkelerinde uzman hekim açığını gidermeye yönelik olarak çıkarılan teşvik yasalarının da Türkiye'den hekim göçünü hızlandıran bir diğer etken olduğu ifade edilmektedir (Akçapar, 2006; Pepler, 2018). Bu gelişmelerin bir sonucu olarak, OECD (2024) verileri Türkiye'nin 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı bakımından en düşük değerlere sahip ülkeler arasında yer aldığını göstermektedir.

Göç eğiliminin tıp eğitimi sürecinde başladığı söylenebilir. Sancak ve arkadaşlarına (2023) göre tıp öğrencilerinin yaklaşık yarısı mezuniyet sonrası yurt dışında çalışmayı planlamaktadır. Asistanlık döneminde ise bu eğilim daha da belirginleşmekte; uzun çalışma saatleri, yoğun iş yükü ve belirsiz kariyer olanakları hekimleri yurt dışına yönlendiren temel etkenler arasında yer almaktadır (Çınar, 2022; Ünlütürk, 2023). Eğitim sonrası mesleki yaşama bakıldığında ise artan iş yükü ve sağlıkta şiddet gibi faktörlerin hekim göçünde belirleyici rol oynadığını göstermektedir (Uğur, 2022; Önal ve Akay, 2024). Atama ve terfi süreçlerindeki belirsizliklerin yanı sıra hastalara ayrılan sürenin giderek kısalmasının mesleki hata riskini yükselttiği ve hekimlerin kaygı düzeylerinde artışa yol açtığı ifade edilmektedir (Yılmaz ve Aydın, 2023; Harman-Yıldız ve Özer, 2022).

Sonuç olarak, Türkiye'de hekim göçüne ilişkin çalışmaların büyük bir kısmı göç etme niyetine odaklanmaktadır. Buna karşılık, göç sonrası dönemde hekimlerin gidilen ülkelerdeki mesleki uyum süreçleri, çalışma koşulları ve kariyer gelişimleri gibi konular yeterince incelenmemektedir. Bu araştırma, Türkiye'den yurt dışına göç eden hekimlerin mesleki yaşamlarını nasıl yeniden inşa ettiklerini ve göç sonrasındaki deneyimlerini derinlemesine ele alarak, hekim göçünün göz ardı edilen boyutuna ışık tutmayı amaçlamaktadır. Buna ek olarak, literatürdeki çalışmaların çoğunlukla tıp fakültesi öğrencileri ve klinik alanda görev yapan hekimlere odaklandığı gözlemlenmektedir. Bu doğrultuda, bu çalışmada akademik alanda çalışan hekimlerin göç etme nedenleri ve yurt dışındaki deneyimleri de analiz edilerek alandaki literatür

boşluklarının giderilmesi hedeflenmiştir. Böylelikle, mesleki sorunlara ilişkin çözüm önerileri geliştirilerek ileride gerçekleştirilecek araştırmalara katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Nitel araştırma yöntemi, olguları daha derinlemesine ve ayrıntılı biçimde inceleme olanağı sunmaktadır (Lewis, 2015; Miles ve Huberman, 2023). Ayrıca, bireylerin yaşadıkları deneyimlerin içsel yönlerini ortaya koymak, bu deneyimlerin toplumsal bağlam tarafından nasıl şekillendiğini anlamak ve verileri eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirmek açısından önemli avantajlar sağlamaktadır (Patton, 2018; Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu nedenlerle çalışmada, konuya ilişkin daha kapsamlı ve derinlemesine bilgi elde edebilmek amacıyla nitel araştırma yöntemi tercih edilmiş ve bu çerçevede olgubilim (fenomenoloji) deseni benimsenmiştir.

Olgubilim deseni, bireylerin farkında oldukları ancak üzerine derinlemesine düşünmedikleri olgulara odaklanmakta ve bu olguların özünü katılımcı deneyimleri aracılığıyla ortaya koymayı amaçlamaktadır (Patton, 2018; Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu yaklaşım, bireylerin yaşantılarından hareketle olgulara ilişkin evrensel anlamlara ulaşmayı ve onların anlam dünyalarını ortaya koymayı hedeflemektedir (Smith ve Osborn, 2015; Creswell, 2021). Ayrıca, tanımlayıcı bir yaklaşımla olgulara dair fenomenolojik açıklamaların geliştirilmesine katkı sunmaktadır (Giorgi, 1989'dan akt. Wertz, 2005). Bu yönüyle olgubilim, çalışmanın amacıyla yöntemsel olarak örtüşmekte ve hekim göçü gibi bireysel ancak toplumsal boyutlar da içeren karmaşık bir olgunun derinlemesine incelenmesine olanak tanımaktadır.

Bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak, göç etmiş hekimlerle Zoom üzerinden yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Nitel araştırmalarda yaygın biçimde kullanılan bu yöntem, bireylerin daha önce derinlemesine düşünmedikleri deneyimlerini ifade etmelerine ve bunların kapsamlı şekilde anlaşılmasına imkan tanımaktadır (Creswell, 2021; Yıldırım ve Şimşek, 2021). Buna ek olarak, bu çalışmada Türk hekimlerin mesleki deneyimlerini ve yurt dışına göç etme nedenlerini ayrıntılı şekilde analiz edebilmek amacıyla açık uçlu sorulardan oluşan bir form tercih edilmiştir. Groenewald'a (2004) göre, görüşmelerde açık uçlu soruların kullanımı katılımcıların deneyimlerini özgürce ifade etmelerine olanak sağlamak ve araştırmacılara da belirlenmiş sorular çerçevesinde görüşmeyi yönlendirme esnekliği sunmaktadır.

Görüşmeler öncesinde, katılımcıların isimlerinin ve kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı ifade edilmiş, görüşme sonunda ise istemedikleri kısımların silinebileceği garantisi verilerek katılımcıların kendilerini daha özgürce ifade edebilecekleri bir ortam sağlanmıştır. Ayrıca, katılımcıların sorulara samimi yanıtlar

verebilmelerini desteklemek amacıyla raporda kişisel bilgiler ile kurum adları gizli tutulmuş, katılımcılar K1, K2, K3... K11 biçiminde kodlanmıştır.

Katılımcılar

Bu çalışmada, amaçlı örnekleme türlerinden ölçüt ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme, önceden belirlenen kriterleri taşıyan katılımcıların seçilmesine dayanmaktadır (Palinkas ve diğerleri, 2015). Bu doğrultuda, meslek yaşamına Türkiye’de başlayıp kariyerini yurt dışında hekim olarak sürdüren bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Ulaşılması zor gruplara erişimde etkili olan kartopu örnekleme ise, uygun görülen ilk katılımcılar aracılığıyla araştırma kriterlerine uyan diğer kişilere ulaşılmasını sağlamaktadır (Etikan ve diğerleri, 2016; Heckathorn, 1997). Katılımcıların yurt dışında ikamet etmesi nedeniyle erişimin sınırlı olması, bu yöntemin tercih edilmesinde belirleyici olmuştur.

Polkinghorne, deneyimi yaşamış bireylerle görüşme sürecinde 5 ila 25 katılımcının yeterli olabileceğini öne sürmektedir (Polkinghorne, 1989’dan akt. Creswell, 2021). Bu çalışmada ise katılımcı sayısı, kuramsal örnekleme stratejisine dayalı olarak belirlenmiştir. Bu stratejiye göre, katılımcı sayısı araştırmacının kontrolü altında olup verilerin tekrarlanarak doyuma ulaştığı noktada yeterli sayıya ulaşılmasına yönelik esnek bir karar verme süreci benimsenmiştir (Fusch ve Ness, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2021).

Tablo 1

Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Katılımcı	Mezuniyet Yılı	Yaşadığı Ülke	Göç Etme Yılı	Göç Öncesi Ünvanı
K1 (Erkek)	2019	İngiltere	2022	Pratisyen Hekim
K2 (Erkek)	2007	Katar	2023	Aile Hekimi
K3 (Erkek)	2001	Katar	2018	Uzman Hekim
K4 (Erkek)	2012	Katar	2023	Aile Hekimi
K5 (Kadın)	2022	İngiltere	2023	Pratisyen Hekim
K6 (Erkek)	2018	İngiltere	2024	Aile Hekimi
K7 (Erkek)	2016	İngiltere	2019	Pratisyen Hekim
K8 (Kadın)	2022	ABD	2023	Pratisyen Hekim
K9 (Erkek)	2005	Almanya	2023	Uzman Hekim
K10 (Erkek)	2022	Almanya	2023	Pratisyen Hekim
K11 (Kadın)	2012	İngiltere	2023	Uzman Hekim

Araştırmaya 8'i erkek, 3'ü kadın olmak üzere toplam 11 hekim katılmıştır. Katılımcı seçimi deneyim odaklı yapıldığı için cinsiyet dengesi gözetilmemiştir. Göç öncesinde 3'ü aile hekimi, 5'i pratisyen, 3'ü uzman hekimdir. Türkiye'deki mesleki deneyimleri 2 yıldan az (4 kişi), 3-10 yıl (3 kişi) ve 11-18 yıl (4 kişi) aralığında değişmektedir. Göç sonrası mesleki durumları çeşitlidir: 1'i konsültan, 2'si aile hekimi, 3'ü araştırmacı, 4'ü asistan, 1'i stajyer olarak görev yapmaktadır. Katılımcılardan 2'si 2021 öncesinde, 2'si 2022'de, 7'si ise 2023 sonrası göç etmiştir. Mezuniyet ile göç yılı arasındaki fark, Türkiye'deki çalışma sürelerini yansıtmaktadır. Katılımcılar ABD (1), Katar (3), İngiltere (5) ve Almanya'da (2) ikamet etmektedir. Geri dönüş niyeti açısından 5'i dönmeyi düşündüğünü, 3'ü düşünmediğini, 3'ü ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Veri Toplama ve Analiz

Bu çalışmanın verileri, açık uçlu sorulardan oluşan bir form aracılığıyla yürütülen yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla elde edilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde, araştırmacı önceden belirlenen soruları katılımcılara belirli bir düzen ve tutarlılık içinde yöneltilmektedir (Kuş-Saillard, 2012). Katılımcı yanıtlarının yetersiz kaldığı durumlarda ise araştırmacı süreci derinleştirmek amacıyla ek sorular yöneltebilmekte ve gerektiğinde önceden belirlenmiş yapının dışına çıkarak daha ayrıntılı sorgulamalara başvurabilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu yöntem, katılımcıların düşünsel ve duygusal dünyalarının daha iyi anlaşılmasına imkan tanımaktadır (Patton, 2018). Çalışmadaki açık uçlu soru formunun hazırlanmasında araştırmanın temel amacı ve alt amaçları esas alınmış, literatürde yer alan benzer nitel çalışmaların soru örneklerinden yararlanılarak form yapılandırılmıştır.

Bu araştırmada, verilerin çözümlemesinde içerik analizi yöntemi tercih edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler, MAXQDA 2020 yazılımı kullanılarak sistematik şekilde kodlanmıştır. İlk aşamada, katılımcı ifadelerine dayanarak kelime bulutları oluşturulmuş ve başlangıç düzeyinde kodlamalar gerçekleştirilmiştir. Ardından bu kodlar analiz edilerek ön temalar geliştirilmiş, temalar ilgili kodlarla birlikte tekrar gözden geçirilmiş ve araştırmanın alt amaçları doğrultusunda son haline kavuşturulmuştur. Elde edilen bulgular, oluşturulan kod ve temalara dayalı olarak yorumlanmış ve raporlamada katılımcılardan yapılan doğrudan alıntılara yer verilerek bulguların derinliği güçlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmanın bulguları, katılımcıların mesleki deneyimleri ile göç kararlarını etkileyen çok yönlü faktörleri ortaya koymaktadır. “Meslekten Beklentiler” teması çerçevesinde bireysel ve çevresel etmenler öne çıkarken “Göçten Beklenti” ile “Göç Edilen Ülkedeki

Çalışma Koşulları” temaları, katılımcı anlatımları temelinde oluşturulmuştur. Buna karşılık, “Türkiye’deki Çalışma Koşulları ve Mesleki Deneyimler” teması, bu başlıktaki eleştirel alt kategorilerin diğer temalarla karışmasını engellemek amacıyla ayrı olarak ele alınmıştır. Bu tercih, Türkiye’ye özgü yapısal sorunların daha ayrıntılı biçimde analiz edilmesine olanak sağlamaktadır.

Tablo 2

Araştırma Sonucunda Ortaya Çıkan Temalar ve Kategoriler

Temalar	Kategoriler
Meslekten beklentiler	Aile ve Sosyal Çevrenin Etkisi Mesleki Motivasyon
Türkiye’deki Çalışma Koşulları ve Mesleki Deneyimler	Olumsuz Çalışma Koşulları ve Etkileri Olumsuz Hiyerarşi İlişkileri Yönetim Baskısı ve Hekimlere Etkisi Hasta-Hekim İletişiminin Niteliği
Göçten Beklenti	İyileştirilmiş Mesleki Ortam Maddi ve Sosyoekonomik Destek Yönetim Gelişim Olanakları
Göç Edilen Ülkedeki Çalışma Koşulları ve Mesleki Deneyimler	İş İlişkileri ve Destek Sistemleri Sistem ve Yapısal Avantajlar Kişisel ve Mesleki Fırsatlar Zorluklar ve Engeller

Genel olarak bulgular, göç sürecine ilişkin itici ve çekici unsurların katılımcıların deneyimlerinde nasıl somutlaştığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, makale bütünlüğünün sağlanması amacıyla temalar başlıklandırılmış ancak kategorilere doğrudan metin içerisinde yer verilmiştir.

Meslekten Beklentiler

Türk hekimlerin hekimlik mesleğine yönelik beklentilerinin, ağırlıklı olarak aile ve sosyal çevrenin etkisi ile mesleki motivasyon ekseninde biçimlendiği görülmektedir. Katılımcıların mesleğe giriş sürecinde taşıdıkları beklentilerin, büyük ölçüde içinde bulundukları aile yapısı ve sosyal çevre aracılığıyla şekillendiği anlaşılmaktadır. Bazı katılımcılar, tıp fakültesine yönelme kararlarının kişisel bir tercihin ötesinde çevresel yönlendirmelerle biçimlendiğini ifade etmiştir. Örneğin bir katılımcı, “Dayımın hekim olması ve mesleğini sevmesi, benim de bu alana yönelmemde önemli bir

etken oldu. Kendisi mesleğinden ötürü benim için teşvik edici biriydi. O dönemde görüştüğüm diğer hekimler de mesleklerinden genellikle memnundu, durumları bugüne kıyasla daha iyiydi ve mesleki algıları da olumluydu.” (K7, İngiltere) sözleriyle, aile ve çevre etkisinin meslek seçimindeki belirleyici rolünü ortaya koymuştur. Buna karşılık, bazı katılımcılar karar sürecinde kendi ilgi alanlarından çok ailelerinin beklentilerini karşılamayı hedeflediklerini belirtmiştir. Örneğin, bir katılımcı, “Ben aslında mühendislik istiyordum. Tıp böyle aşırı istediğim bir bölüm değildi. Annemin hayalimdi beyaz önlük giyilmesi. Bizimki de öyle oldu.” (K9, Almanya) sözleriyle ailesinin meslek tercihindeki yönlendirici rolünü vurgulamıştır. Öte yandan, bireysel ve mesleki motivasyonların da karar sürecinde etkili olduğu anlaşılmaktadır. Yardım etme arzusu, topluma katkı sağlama isteği ve hekimliğin iş-özel yaşam dengesi açısından uygun bir meslek olarak algılanması; bu tercihleri destekleyen başlıca unsurlar arasında yer almıştır. Nitekim bir katılımcı, “İş hayatım sosyal hayatımı minimum etkilemeliydi. Bölüme başlarken en temel beklentim buydu.” (K5, İngiltere) ifadesiyle bu beklentisini açıkça ortaya koymuştur. Benzer biçimde, bazı katılımcılar için hekimlik tedavi hizmeti sunulan bir meslek alanı olmasının yanı sıra bilimsel üretim yapma imkanı tanıyan entelektüel bir uğraş olarak da değer kazanmıştır. Bu bakış açısını ifade eden katılımcılardan biri, “Hayalim hem insanları iyileştiren hem de bilim insanı olabilen bir hekim olmaktı.” (K11, İngiltere) şeklindeki ifadesiyle, hekimlik mesleğine atfedilen çok boyutlu anlamı gözler önüne sermiştir. Ancak bu idealist beklentilerin aksine mesleki yaşantıya adım atıldığında katılımcıların olumsuz deneyimlerle karşılaştıkları anlaşılmaktadır.

Türkiye’deki Çalışma Koşulları ve Mesleki Deneyimler

Türkiye’deki mesleki deneyimlere bakıldığında, hekimlerin çalışma koşullarının mesleğe yönelik beklentilerin tersine genel olarak zorlayıcı ve yıpratıcı bir nitelik taşıdığı görülmektedir. Katılımcıların en fazla dile getirdiği sorunlar arasında aşırı hasta yükü, yetersiz oryantasyon süreci ve düzensiz mesai saatleri öne çıkmaktadır. Bir katılımcı, “Mezuniyet sonrası oryantasyon süreci yok. *Günde 300-400 hastaya bakmak zorunda kalıyorsunuz.*” ifadesiyle (K7, İngiltere) bu tabloyu özetlerken bir diğeri, “Bir gün 9-12 arasında 82 hasta görmüşüm. Bu hekimlik değil.” (K6, İngiltere) diyerek tükenmişlik duygusuna işaret etmiştir. Ayrıca, uzun nöbet süreleri de iş yükünü ağırlaştıran başlıca unsurlar arasında yer almaktadır: “36 saat nöbet tutuluyordu. Spora ya da bir kursa yazılamıyorsunuz.” (K10, Almanya).

Destek mekanizmalarının yetersizliği, meslektaş dayanışmasının zayıflığı ve özellikle kadın hekimlerin annelik döneminde karşılaştıkları güçlükler bu tabloyu derinleştirmektedir. Örneğin, bir kadın hekim şu sözlerle karşılaştığı zorlukları dile getirmiştir: “Bebeğim doğmuştu, süt iznim vardı. Kadın çalışma arkadaşım çok sorun

çıkarmıştı. Bu yüzden gece *gündüz icap nöbeti için arıyorlardı*.” (K11, İngiltere). Mesleki bağların zayıflığı da dikkat çeken diğer bir unsurdur: “5 senedir burada çalışan bir asistandım. Giderken grubun üçte birinde bile ‘Allah’a ısmarladık’ diyen, ‘eline sağlık’ diyen kimse olmadı.” (K9, Almanya).

Çalışma ortamındaki bu baskı, hiyerarşik ilişkilerde de belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Katılımcılar eğitim sürecinde otoriter ve dışlayıcı tutumların yaygın olduğunu, genç hekimlerin dile getirdiği sorunların ise çoğunlukla değersizlik duygusuyla karşılandığını ifade etmiştir. Bir katılımcı, “Nöbet izinleri geldiğinde, asistanların sıkıntıları vardı ve ben de asistanların gıyabi temsilcisi olduğum için liste halinde yazdım. Hoca kapıdan girip ‘Herkes sesini kessin. Sadece ben konuşacağım’ dedi. O gün karar verdim, burada çalışmak istemiyorum.” (K9, Almanya) sözleriyle bu durumu çarpıcı biçimde ortaya koymuştur.

Mentörlerin geniş ve denetimsiz yetkileri, mobbing davranışlarını olağanlaştırmakta ve bu durum bazı hekimlerin görevlerinden ayrılmasına neden olabilmektedir. Eğitim kurumlarındaki idari baskılar ve yetki çatışmaları da hekimlerin akademik üretkenliğini sekteye uğratmaktadır. Örneğin bir katılımcı (K11, İngiltere), “Yan dal döneminde artık bir hocanın gözetiminde değil, kendi bilgi ve deneyimlerimi uygulayarak bağımsız *çalışmak istiyordum*. Bu *yaklaşımım*, *hocayla aramızda fark* oluşturmaya başladı. Bunun sonucunda etik kurul blokajı yaşadım, hiçbir çalışmama da onay verilmedi.” sözleriyle kurumsal engellemeleri dile getirmiştir. Bu doğrultuda değerlendirildiğinde, göç kararlarının yalnızca iş yüküyle değil, kurumsal ilişkilerle de doğrudan bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır.

Bunlara ek olarak, zorunlu hizmetin her aşamada tekrar ettirilmesi, katılımcıların en çok vurguladığı sorunlardan biri olmuştur. Hekimler, uzmanlık ve yan dal eğitimlerini tamamlasalar bile yeniden zorunlu hizmete gönderilmelerinin yaşam planlarını ciddi biçimde kısıtladığını ifade etmiştir. Bu durumu bir katılımcı şöyle aktarmaktadır: “Okul bitiyor, mecburi hizmete gidiyorsun. Uzmanlık yapıyorsun, bir daha mecburi hizmet. Yan dal yapıyorsun, bir daha gönderiyorlar. Bunun çözümü böyle olmamalı.” (K9, Almanya).

Bu hiyerarşik yapının bir uzantısı olarak yönetsel baskılar da meslek yaşamının ilerleyen dönemlerinde etkisini sürdürmektedir. Katılımcılar, yerel düzeydeki sağlık yöneticilerinin çözüm odaklı davranmak yerine hekimlere ek sorumluluklar yüklediğini ve gerekli desteği sunmadığını belirtmiştir. “Sağlık ocağımızda kayıtlı 5.000 hasta vardı, yasal sınır 3.500’dü. Müdürlük yeni bir birim açılacak diyordu ama 4-5 yıl bu şekilde idare ettik.” (K9, Almanya) ifadesi bu duruma örnektir. Ayrıca, hasta-hekim çatışmalarında yöneticilerin genellikle hasta lehine tavır aldığı da sıkça dile getirilmiştir. Bir katılımcı (K8, ABD), “Başhekimlik genelde hasta tarafında oluyordu.

Oysa hasta tarafında en çok olan kişi zaten hekimdir. Ama hekimi karşı tarafa koyan bir sistem var.” diyerek bu çelişkiye dikkat çekmiştir. Performans odaklı yönetim anlayışı, hasta başına ayrılan sürenin azalmasına yol açmakta; bu da hekimlerin etik sorumlulukları ile yönetsel talepler arasında bir gerilim oluşturmaktadır. Bu durumu bir katılımcı şu sözlerle dile getirmiştir: “Başhekim bana ‘Senin sıkıntın varmış, hastalara çok şey anlatıyormuşsun.’ dedi. Ben de ‘Onları bilgilendiriyorum ki tekrar gelmesinler.’ dedim. ‘Hastalar bir şey anlamaz, antibiyotiğini yaz geç.’ cevabını alınca, o gün bırakmaya karar verdim.” (K6, İngiltere).

Yönetsel baskıların oluşturduğu bu gerilim doğrudan hasta-hekim iletişiminin niteliğine yansımaktadır. Katılımcıların deneyimleri, Türkiye’de hasta-hekim ilişkisinin zamanla bir gerilim alanına dönüştüğünü ortaya koymaktadır. Muayene sürecinin yalnızca reçete yazımına indirgenmesi, hekimlerin profesyonel kimliğini zedelemektedir. Bir katılımcı (K6, İngiltere), “Hastayı muayene etmek istedim, stetoskop koyacağım, ‘Niye muayene ediyorsun ki, ilacımı ver gönder.’ dedi.” şeklinde bu dönüşümü aktarmıştır. Özellikle genç ve kadın hekimler, yaş ve cinsiyete bağlı ön yargılar nedeniyle mesleki otoritelerinin sorgulandığını ifade etmiştir: “Genç ve kadın olduğum için olabilir, reçete yazıp muayene ediyorum ama hastalar hâlâ bana hemşire hanım diyor.” (K8, ABD). Bazı katılımcılar ise nazik bir iletişim tarzının bile zayıflık olarak algılandığını dile getirmiştir: “Tıp fakültesinde yalnızca tıbbi bilgi değil, iletişim eğitimi de alıyoruz. Hastaya kendi aleyhine bir durumu anlatmayı da öğreniyoruz. Ancak bazen tüm bu çabaya rağmen hasta, sadece istediğini yapmadığımız için bağırmaya başlıyor ve ilişkimiz bir anda bozuluyor. Bu durum insanı çok demoralize ediyor. Ne kadar kibar olursak, bazı hastalar o kadar fazla üzerimize geliyor. Özellikle genç ya da küçük gösteriyorsak, daha fazla baskı kurmaya çalışıyorlar.” (K6, İngiltere).

Daha da kaygı verici olanı, hekimlerin fiziksel şiddet tehdidiyle baş başa bırakılmasıdır. Bir katılımcı (K9, Almanya), “Poliklinikte biber gazım ve beyzbol sopam vardı. Çünkü beni kimsenin koruyamayacağını biliyordum.” sözleriyle yaşadığı güvenlik kaygısını ifade etmiştir. Bu durum, fiziksel olduğu kadar psikolojik bir yük de oluşturmaktadır. Hasta beklentilerinin gerçek dışı boyutlara ulaşması, bu baskıyı daha da artırmaktadır: “Hekim olduğum için benden çok fazla bir beklenti vardı. Ben sihirbaz değilim, insanım. Bunu anlatmakta zorlanıyordum... 30 dakika konuşsam ikna edebilirim ama o kadar vaktim yoktu.” (K7, İngiltere). Son olarak, hasta-hekim iletişiminin niteliğindeki bozulma yalnızca hekimlerin mesleki tatminini değil, hasta memnuniyetini de olumsuz etkilemektedir. Hız odaklı sağlık sistemi, hekimlerle hastaları karşı karşıya getiren bir dinamik oluşturmaktadır. Bu durumu dile getiren bir katılımcı, “Hasta memnun değil, 2 dakikada muayene olmak istemiyor. Sen de memnun değilsin ama dışarıda 20 hasta bekliyor.” (K4, Katar) sözleriyle sistemin

her iki taraf üzerinde yarattığı memnuniyetsizliği ortaya koymuştur. Bu tür olumsuz mesleki deneyimlerin, katılımcıların göç etme eğilimlerini tetiklediği anlaşılmaktadır.

Göçten Beklenti

Katılımcıların ifadeleri, hekimlerin göç kararlarının ekonomik nedenlerin ötesinde mesleki ve kişisel tatmin arayışlarını da içerdiğini ortaya koymaktadır. Hekimler, bu kararı alırken mesleki ortamın niteliği, maddi ve manevi destek sistemleri, yönetim anlayışları, hasta-hekim iletişiminin kalitesi ve mesleki gelişim olanakları gibi çeşitli beklentileri göz önünde bulundurdıklarını ifade etmiştir.

Mesleki ortamın iyileştirilmesi, katılımcılar tarafından sıklıkla vurgulanan bir ihtiyaçtır. Kurumsal yapıların belirgin olması, ekip içi rollerin açıkça tanımlanması ve profesyonel iletişimin sağlıklı biçimde yürütülmesi, hekimler açısından tatmin edici koşullar oluşturmaktadır. Bu duruma ilişkin olarak bir katılımcı (K1, İngiltere), “İş yerinde rolümün net olduğu, takım rollerinin belirgin olduğu, huzurlu ve güvenli bir ortam bekliyordum.” ifadesiyle beklentisini dile getirmiştir. Almanya örneğinde ise liyakat temelli işe alım süreci dikkat çekmektedir. Bir katılımcı, “TUS’la bir yere atanıyorsunuz ama daha sonra başka bir yere geçmek isterseniz puan kesintisi uygulanıyor. Bu da insanı başvurduğu yeri çok iyi araştırmaya zorluyor. Eğer kurum size uygun çıkmazsa ayrılmak oldukça zor. Ama Almanya’da ise şefle anlaşıp işe giriyorsunuz. Böyle olunca bu tür uyumsuzluklar daha az yaşanıyor. Bu durum göç niyetimi kolaylaştırdı.” (K10, Almanya) sözleriyle sistemsel farklara işaret etmiştir.

Maddi ve sosyoekonomik koşullar bağlamında katılımcılar, toplumda yaygın olan “göçün temel nedeninin ekonomik kazanç olduğu” yönündeki algının yetersiz olduğunu vurgulamıştır. Örneğin bir katılımcı (K9, Almanya), “Türkiye’de burada kazandığının 3-5 katı fazlasını kazanırdım. Göç ederken kesinlikle motivasyonum para değildi.” diyerek kararında ekonomik kazançtan ziyade başka etkenlerin ağır bastığını belirtmiştir. Diğer yandan gelir-gider dengesinin öngörülebilirliği ve yaşam standartlarının yüksekliği, planlı ve sürdürülebilir bir yaşam açısından önemli görülmektedir. “Türkiye’de çocuğumu özel okulda okutamıyordum, bir sene sonra aynı okula gönderemez hale geldim. Ama burada her şey daha kolay ve stabil.” (K2, Katar) ifadesi, ekonomik koşulların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır.

Yönetici tutumları da göç kararını etkileyen belirleyici etkenler arasında yer almaktadır. Katılımcılar, Türkiye’de karşılaştıkları otoriter ve tek yönlü yönetim tarzı yerine daha katılımcı ve destekleyici bir yaklaşımı tercih ettiklerini ifade etmiştir. Bir katılımcı (K6, İngiltere), “En büyük beklentim, yöneticimin ‘Bir şey yapamıyorum.’ dediğinde yalnız bırakması yerine çözüm aramasıydı.” sözleriyle bu ihtiyacı açıkça ortaya koymuştur.

Hasta-hekim iletişiminde yaşanan farklılıklar da göç sonrası memnuniyet düzeyini etkileyen önemli bir faktördür. Katılımcılar, daha saygılı bir iletişim ortamında hastalarla yeterli zaman geçirerek muayene yapabilmeyi mesleki tatminlerini artırdığını vurgulamıştır. Bir katılımcı (K6, İngiltere), “Artık insan gibi muayene süresi istiyordum. Hastaya bir şey anlatmak istiyordum. Bir de hastanın bana bakkal gibi davranmamasını istiyordum.” diyerek hem zamansal hem de saygınlık temelli beklentilerini dile getirmiştir.

Son olarak, mesleki ve akademik gelişim olanaklarının varlığı göç kararını şekillendiren temel unsurlar arasında yer almaktadır. Katılımcılar hasta hizmetiyle sınırlı kalmayan, bilimsel üretim ve akademik ilerlemeye de imkan tanıyan sistemleri tercih ettiklerini ifade etmiştir. Bu bağlamda, Batı Avrupa’daki kurumsallaşmış ve yapılandırılmış akademik yapılar önemli bir çekim merkezi oluşturmaktadır. Bir katılımcı (K1, İngiltere), “İstediğim alanın uzmanlık eğitiminin Türkiye’de yeterince yapılandırılmış olmadığını düşündüm. Daha sistemli bir eğitim için İngiltere’yi seçtim.” sözleriyle bu yönelimi somutlaştırmıştır. Bu bağlamda göç, mevcut sorunlardan uzaklaşmanın ötesinde mesleki gelişim sağlama ve geleceğe yönelik stratejik bir yatırım yapma girişimi olarak da değerlendirilmiştir.

Göç Edilen Ülkede Çalışma Koşulları ve Mesleki Deneyimler

Katılımcıların anlatımlarına göre, göç edilen ülkelerdeki mesleki deneyimlerin Türkiye’deki koşullara kıyasla daha yapılandırılmış, öngörülebilir ve destekleyici özellikler taşıdığı anlaşılmaktadır. Özellikle yönetici ile çalışan arasındaki ilişkilerin daha saygılı, şeffaf ve adil bir biçimde yürütülmesi, hekimlerin mesleki tatminini artıran temel unsurlardan biri olarak öne çıkmaktadır. Bir katılımcı (K6, İngiltere), “Bir gün hocaya bir hastayla ilgili fikrini söyledim, önce kabul etmedi ama ertesi gün fikrimi haklı bulup özür diledi. Türkiye’de bunu bir hocaların yapması mümkün bile değil.” sözleriyle bu farkı vurgulamıştır. Benzer şekilde, sistemsel güce dair şu ifade dikkat çekicidir: “İznin, nöbetin, aldığın parayla ilgili sana karışamaz. Bu konuda mobbing yapamaz çünkü sistemin güçlü ve hesap sorulabilir olduğunu biliyorlar.” (K9, Almanya). Bu tür uygulamalar, hekimlere belirli bir özerklik ve güven hissi sağlamaktadır.

Hasta-hekim ilişkileri açısından da olumlu bir dönüşüm yaşandığı belirtilmektedir. Türkiye’de yaygın biçimde hissedilen güvensizlik ve değersizlik duygusunun aksine göç edilen ülkelerde hekimlik, uzmanlığa dayalı bir meslek olarak kabul görmekte ve bu da iş ortamına olumlu yansımaktadır. Bir katılımcı (K3, Katar), “Konforlu bir ortamda çalışıyorsunuz ve bu da hem size hem hastaya yansıyor. Yapmanız gerekenlere odaklanınca sunduğunuz hizmetin kalitesi artıyor.” diyerek güven ortamının hizmet kalitesine katkısını vurgulamıştır.

Meslektaşlar arası ilişkilerde ise destekleyici ve aidiyet duygusu güçlendirici bir atmosfer dikkat çekmektedir. Küçük jestler ve yapısal desteklerin etkisiyle hekimler daha bağlı hissettiklerini ifade etmiştir: *“Plastik cerrahiden ayrılırken hemşireler kurabiye yaptı, küçük bir hediye verdiler. Maddi değil ama benim için çok anlamlıydı.”* (K9, Almanya). Mesleki gelişime yönelik sürekli eğitim imkanları da bu tatmini pekiştiren bir başka unsurdur: *“Sürekli eğitim alıyorsunuz, online da yüz yüze de. Geri kalma şansınız yok. Kalite gerçekten yüksek.”* (K2, Katar).

Sistem işleyişinin açıklığı ve tutarlılığı, hekimlik pratiğinin önemli avantajlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Belirgin hak ve yükümlülüklerin varlığı mesleki güveni artırmakta, şikayet ve geri bildirim mekanizmaları ise yönetsel şeffaflığı desteklemektedir: *“Guideline’larımız var, izin hakları ve nöbet listeleri belli. Bir sorun varsa itiraz edebiliyorsunuz. Şikayetler için sistemler var ve düzenli geri bildirim alınıyor.”* (K3, Katar). Bunun bireysel düzeyde oluşturduğu değer duygusuna ilişkin olarak bir katılımcı (K9, Almanya), *“Beşi on geçte trenim var diye on geçte çıkıyorum. Ay sonunda bu on dakikaları toplayıp ‘Geçen ay sekiz saat oldu, bir cuma gelme.’ diyorlar. Kendini değerli hissediyorsun.”* sözlerini paylaşmıştır.

Bu yapısal güvence, şiddet ve malpraktis gibi durumlar karşısında da koruyucu bir işleve sahiptir. *“Hastanın da hekimin de sorumlulukları net. Hekime şiddet olursa ciddi yaptırımları var. Malpraktis davası açılabilir ama sınırların dışına çıkmadıysan korkulacak bir şey yok.”* (K7, İngiltere) ifadesi, hukuki sınırların belirginliğinin oluşturduğu güveni ortaya koymaktadır. İş tanımlarının netliği sayesinde zaman kullanımını da daha verimli hale gelmiştir: *“Hastayı sevk edeceğim zaman hemşire komutaya geçer. Herkes kendi işini yapar. Hekim olarak siz fazla yorulmazsınız.”* (K3, Katar). Bu durum, uzman hekimlerin yalnızca gerekli olan vakalarla ilgilenmesini sağlayarak iş yükünü dengeli biçimde dağıtmaktadır.

Katılımcılar, makul çalışma saatleri ve düzenli iş yükü sayesinde meslek yaşamlarının daha sürdürülebilir bir yapıya kavuştuğunu ifade etmiştir. *“Türkiye’deki eforumun sadece %20-25’iyle çalışıyorum. Yüküm çok daha az.”* (K2, Katar) ve *“Burada hekimlerin çalışma saatleri ve hasta sayıları planlanıyor. Türkiye’de bu yapılmadığı için biri aşırı yoğun, diğer hekim alakasız derecede boş kalabiliyor.”* (K10, Almanya) sözleri bu yapısal farkı somut biçimde ortaya koymaktadır.

Göç edilen ülkeler, daha konforlu bir mesleki ortamın yanı sıra, yeni fırsatların kapısını da aralamaktadır. Ekonomik istikrar, akademik gelişim olanakları ve genişleyen mesleki yetkiler hem mevcut koşulları iyileştirmekte hem de gelecek planlarını şekillendirmektedir. *“Buraya geldikten sonra ikinci ayımda taksitle sıfır bir SUV araç aldım. Türkiye’de bu imkansız olurdu.”* (K4, Katar) ifadesi, maddi koşulların sağladığı güveni yansıtmaktadır. Akademik destek konusunda ise *“Hastane ‘Git kardeşim, 2-3*

hafta idari izindesin. Eğitimini al gel.’ diyor. Böyle bir destek Türkiye’de yok.” (K9, Almanya) ifadesi dikkat çekmektedir. Ancak bazı katılımcılar, bu olanakların her zaman etkin biçimde kullanılmadığını, iş yükünün akademik gelişimi sınırlayabildiğini belirtmiştir.

Mesleki yetkilerin kapsamının genişlemesi de önemli bir avantaj olarak öne çıkmaktadır. *“Türkiye’de birçok ilacı yazamıyorsunuz ama burada hepsini yazabiliyorsunuz... Bu da sizi daha iyi hissettiriyor.”* (K4, Katar) ifadesi, yalnızca profesyonel özerkliğe değil, hasta-hekim ilişkilerinde güven inşasına da katkı sunduğunu göstermektedir.

Öte yandan, göç sonrası süreç her zaman beklentilerle tam olarak örtüşmemektedir. Bazı ülkelerde maaşların yaşam maliyetine oranla yetersiz kaldığı, uzmanlık sürecinin uzun sürdüğü ve tek gelirle geçinmenin zorlaştığı belirtilmiştir. *“Buradaki hekimler hep grev yapıyorlar. Türkiye’de hekim maaşları şu an daha avantajlı görünüyor.”* (K5, İngiltere) ifadesi bu duruma işaret etmektedir. Ayrıca, istihdam süreçlerinin rekabetçi doğası da göç edilen ülkedeki mesleki hayat sürecini zorlaştırmaktadır: *“Şu ana kadar yüzden fazla başvuru yaptım ama hiç mülakata çağırılmadım. Türkiye’ye zıt olarak burada hekimsen bile işin garanti değil.”* (K5, İngiltere).

İş yükünün adaletsiz biçimde dağılması ve referans mektubuna bağlı kalma zorunluluğu da memnuniyeti azaltan faktörler arasında yer almaktadır. *“Serviste yerliler maksimum 3 ay çalışırken ben 6 aydır çalışıyorum. Hakkımı savunamıyorum çünkü referans mektubu almam lazım.”* (K11, İngiltere) ifadesi bu bağımlılık ilişkisine dikkat çekmektedir. Katılımcılar, Türk hekimlerin sorumluluk alma eğilimleri nedeniyle zaman zaman daha ağır iş yüküne maruz kaldıklarını da vurgulamıştır.

Bürokratik işlemler, göç sonrası sürecin diğer zorluklarını oluşturmaktadır. Özellikle hasta kayıtlarının ayrıntılı olması ve destek personeli eksikliği, hekimlere göre mesleki verimliliği düşüren unsurlar arasında yer almaktadır. *“Hekimler hastayla 5-10 dakika ilgileniyor ama kayıtlar için 40 dakika harcıyor. Her şeyi kendileri yapmak zorunda kalıyorlar.”* (K7, İngiltere) sözleri, sekreterlik desteğinin yetersiz olduğu ortamlarda hekimlerin idari iş yükünün arttığını göstermektedir.

Bunlara ek olarak, göç edilen ülkede konuşulan dile hakim olunmaması, hekimlerin mesleki yaşamlarını sürdürmesinde önemli bir engel olarak değerlendirilmektedir. Bir katılımcı (K2, Katar), bu durumu şu sözlerle aktarmıştır: *“Hasta profiline gelecek olursak, en büyük sorun iletişim. Bizden İngilizce bilinmesi beklense de gerçek durum farklı. Özellikle Katarlılar arasında İngilizce bilmeyen ya da konuşmak istemeyenler var. Suudi Arabistan sınırına yakın bölgelerden gelen hastalar genellikle İngilizce bilmiyor. Bu nedenle Arapça iletişim kurmanız gerekiyor. Ya Arapça öğreneceksiniz ya da sürekli birinden yardım istemek zorunda kalacaksınız. Bu da başkalarına yük olmak demek.”* Bu durumun bireysel yükü artırmakla birlikte ekip iş bölümü açısından da ekstra iş yükü oluşturduğu belirtilmektedir.

Sosyal mesafe ve kültürel farklılıklar, entegrasyon sürecini güçleştiren başlıca etkenler arasında yer almaktadır. Bu durumu somutlaştıran bir katılımcı, “Hemşire odasında haftalarca oturdum, kimse dönüp ‘Sen kimsin?’ demedi.” (K9, Almanya) sözleriyle sosyal dışlanmaya dikkat çekmiştir. Aynı katılımcının, “Domuz eti yemiyorum diye klinik şefi ‘Nasıl entegre olacaksın?’ dedi. Benim ne yediğim değil, ne bildiğim sorulmalı.” ifadesi ise, kültürel ön yargıların mesleki tanınırlık üzerinde nasıl bir etki yaratabileceğini göstermektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, göç deneyimlerinin hem olumlu hem de olumsuz boyutlar içerdiği görülmektedir.

Sonuç

Hekimlerin meslek yaşamına ilk adımlarını atarken ailelerinin yönlendirmesi, tıbbın toplum nezdindeki itibarı ve konforlu bir çalışma hayatı beklentisinin belirleyici olduğu anlaşılmaktadır. Ancak mesleki sürece dahil olduklarında bu beklentilerin çoğunun karşılanmadığı görülmektedir. Katılımcılar, tıp eğitimi sürecinde öğretim üyelerinden yeterli desteği alamadıklarını ve mentörlük uygulamalarının yetersiz kaldığını ifade etmiştir. Bu bulgular, Wong ve Trollope-Kumar’ın (2014) Kanada’daki hekim adaylarıyla yürüttüğü çalışmayla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada mentörlük eksikliğinin mesleki kimlik gelişimini zayıflattığı ve adaptasyon sürecini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Türkiye bağlamında ise bu eksiklik, yalnızca yapısal düzeyde değil, zaman zaman öğretim üyelerinin baskıcı tutumlarıyla da ilişkilenen “mentör şiddeti” gibi olumsuz etkileşimler yoluyla da görünür hale gelmektedir.

Eğitim sonrası çalışma koşulları değerlendirildiğinde yoğun iş yükü, düzensiz nöbetler ve güvensiz çalışma ortamının hekimlerde tükenmişlik ve iş tatminsizliği oluşturduğu görülmektedir. Bu bulgu, McGowan ve arkadaşlarının (2013) İrlanda’daki genç hekimlerle yaptığı çalışmayla paralellik göstermektedir. İrlanda örneğinde aşırı iş yükü ve düzensiz mesai saatleri, hekimlerde fiziksel ve zihinsel tükenmişliğe neden olmaktadır. Türkiye’de ise bu duruma zorunlu hizmet uygulamaları ve performans odaklı değerlendirme kriterleri gibi yapısal unsurlar da eklenmektedir. Bu nedenle Türkiye’deki iş yükü yalnızca niceliksel değil, niteliksel olarak da farklılaşmaktadır.

Hasta-hekim iletişimine ilişkin değerlendirmelerde, katılımcılar çoğunlukla hastalar tarafından “ilaç yazıcı” olarak algılandıklarını belirtmiştir. Bu algı, mesleğin toplumsal itibarını zayıflatmakta ve göç kararlarını etkileyen bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Wu ve arkadaşlarının (2016) Çin’de yaptığı çalışmada da hekimlere duyulan saygının azalmasının sağlık alanındaki şiddet olaylarında artışa neden olduğu belirtilmiştir. Dohlman ve arkadaşları (2019) ise mesleki saygınlık düzeyinin göç kararlarında belirleyici rol oynadığını ortaya koymuştur. Türkiye örneğinde bu sorun

daha somut biçimlerde ortaya çıkmakta ve fiziksel şiddet ile tehdit gibi doğrudan müdahalelerle de desteklenmektedir.

Çalışmada kurumsal baskılar ve yönetsel destek eksikliği de dikkat çekici bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Katılımcılar, sağlık yöneticilerinin destekleyici bir rol üstlenmekten ziyade performans hedeflerine odaklandığını, bu durumun da çalışma ortamında değersizlik hissini artırdığını ifade etmiştir. Benzer bir şekilde, Pıçakçıefe ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da sağlık çalışanlarının üçte birinden fazlasının mobbinge maruz kaldığı gösterilmiştir. Bu bulgular, Pranjić ve diğerleri (2006), Nikolić ve Višnjić (2020) ile Xaplanteri'nin (2022) Balkan ülkelerinde gerçekleştirdiği araştırmalarla örtüşmektedir.

Göç sonrası deneyimlere dair elde edilen veriler, hekimlerin farklı motivasyonlarla farklı ülkelere yöneldiğini göstermektedir. Schumann ve arkadaşlarının (2019) Mısır kökenli hekimlerle yaptığı çalışmada, Körfez ülkelerine yönelimin daha çok ekonomik nedenlere; Batı Avrupa ülkelerine yönelimin ise mesleki gelişim arzusuna dayandığı ifade edilmiştir. Benzer biçimde, Türkiye'den göç eden hekimlerin bazıları daha konforlu bir yaşam hedefiyle, bazıları ise akademik gelişim olanaklarına erişim amacıyla yurt dışına çıkmaktadır. Özellikle Almanya örneğinde, sistematik sağlık yapısına duyulan memnuniyet dile getirilmekle birlikte sosyal dışlanma ve ırkçılıkla karşılaşma gibi deneyimler de rapor edilmiştir. Bu tür deneyimler Ağça-Varoğlu'nun (2020) Türk akademisyenlerle yaptığı çalışmada da benzer şekilde yer almaktadır. Ayrıca, göç edilen ülkenin diline yeterince hakim olunmaması mesleki uyum sürecini zorlaştırmakta ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Klingler ve Marckmann (2016), Haseeb ve Bashir (2020), Baquiran ve Nicoladis (2020) tarafından yürütülen çeşitli araştırmalarda da dil yeterliliği eksikliğinin hekimlerin iş doyumu ve mesleki uyumunda belirleyici olduğu vurgulanmaktadır.

Beyin göçüne ilişkin uluslararası literatür, farklı bağlamsal düzeylerde ele alınmakta ve özellikle Körfez ülkeleri, Batı Avrupa ile ABD gibi bölgelerde yoğunlaşmaktadır. Bu çalışmalar çoğunlukla hekim göçünü, zaman zaman ise diğer meslek gruplarını kapsamaktadır. Mühendis göçüne yönelik araştırmalar, Türk hekim göçüne dair bulgularla benzerlik göstermekte; kaynak ülkelerdeki olumsuz çalışma koşulları ve düşük iş doyumunun yanı sıra hedef ülkelerdeki teşvikler ve kariyer fırsatlarının göç kararını etkilediğini ortaya koymaktadır (Wadhwa, 2009; Wijesinghe ve Jayawardane, 2021). Öğretmen ve akademisyen göçü bağlamında ise aşırı iş yükü, destek eksikliği ve şiddet gibi itici; yüksek maaş, verimli çalışma ortamı ve kariyer olanakları gibi çekici faktörler öne çıkmaktadır (Appleton ve diğerleri, 2006; Biondo ve diğerleri, 2012; Muthanna ve Sang, 2019). Bu bulgular, çalışmanın kuramsal çerçevesini güçlendirmekte; Türkiye'den göç eden hekimlerin deneyimleri ise uluslararası

eğilimlerle benzerlik taşımakla birlikte özgün unsurlar da barındırmaktadır. Özellikle zorunlu hizmet uygulaması ve meslektaş baskısı, bu özgünlüğü belirleyen başlıca etkenlerdir. Dolayısıyla, bu çalışma hekim göçünü yalnızca ekonomik ya da bireysel nedenlerle açıklamakla yetinmemekte; yapısal baskılar, mesleki tükenmişlik ve toplumsal itibarsızlaşmayı da kapsayan çok boyutlu bir analiz sunmaktadır. Bu yaklaşım, uluslararası eğilimlerin Türkiye bağlamında yeniden değerlendirilmesine imkan sağlamakta ve sağlık alanındaki göç tartışmalarına bütüncül bir katkı sunmaktadır. Bu çerçevede, göç eğilimini azaltmaya ve mesleki tatmini artırmaya yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- **Düzenlenmiş Çalışma Koşulları:** Nöbet ve mesai saatleri iş-aile dengesi gözetilerek yeniden düzenlenmelidir.
- **Akademik Gelişim Destekleri:** Araştırma için ayrılmış zaman, fonlara erişim ve idari izinler sağlanmalıdır.
- **Liderlik ve Mentörlük Programları:** Yöneticilere dönüştürücü liderlik eğitimleri verilmeli, genç hekimler için mentörlük mekanizmaları kurulmalıdır.
- **Adil Ücretlendirme ve Terfi:** Şeffaf ve performansa dayalı bir kariyer sistemi uygulanmalıdır.
- **Şiddete Karşı Güvenlik Önlemleri:** Caydırıcı yasal düzenlemelerle şiddete sıfır tolerans politikası benimsenmelidir.
- **Katılımcı Yönetim ve İletişim:** Etkili şikayet ve geri bildirim mekanizmalarıyla hekimlerin sesini duyurabileceği yapılar oluşturulmalıdır.

Bu araştırmada bazı sınırlılıklar göze çarpmaktadır. Kartopu örnekleme yöntemi, çalışma grubunun çeşitliliğini sınırlandırmış; özellikle kadın katılımcı sayısının düşük kalması, cinsiyete özgü deneyimlerin yeterince temsil edilememesine yol açmıştır. ABD'den yalnızca bir katılımcıya ulaşılabilmesi de çalışmanın uluslararası karşılaştırma potansiyelini azaltmıştır. Ayrıca, ülkeler arasında deneyim düzeyinde dengesizlikler görülmüş; özellikle Katar'daki deneyimli hekimlerin ağırlığı, bulgularda bu grubun orantısız biçimde öne çıkmasına neden olmuştur. Mezuniyet yılı ve mesleki deneyim gibi değişkenlerin gelecekteki araştırmalarda dikkate alınması önerilmektedir. Bununla birlikte, çalışmanın odak noktası nedeniyle göç sonrası dönmeyi düşünenlerle bu seçeneği dışlayanlar arasındaki farklılıklara ve "beyin israfı" ile "beyin geri kazanımı" gibi diğer göç türlerine sınırlı biçimde yer verilebilmiştir. Bu boyutların da derinlemesine ele alınması, Türk hekim göçünün çok boyutlu yapısının daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.



Turkish Migration of Physicians: The Impact of Occupational Factors

Furkan Baki Zaralıoğlu*

Nil Selenay Erden

The process of globalization has significantly intensified the mobility of individuals across national borders, driven by a complex interplay of economic, social, and cultural dynamics. According to the International Organization for Migration (2024, p. 4), approximately 281 million people, equivalent to 3.6% of the global population, migrate for purposes, such as employment, education, and family reunification. Notably, a considerable proportion of these migrants possess advanced educational qualifications. Skilled migration, which refers to the mobility of professionals with advanced education and expertise searching for enriched living and working conditions, has attracted increasing scholarly and policy attention. Empirical studies indicate that highly skilled individuals are more likely to migrate than their low-skilled counterparts (Gibson & McKenzie, 2011; Docquier & Rapoport, 2012).

This global trend is characterized by asymmetric migration flows. Regions, such as the Caribbean, Central America, and Sub-Saharan Africa, are key source regions, whereas Western Europe and North America remain primary destination zones for skilled labor (Docquier et al., 2005; Özden, 2006). In response, attractive regions like the European Union have adopted policy frameworks to actively encourage the inflow of skilled migrants (International Labour Organization, 2023, p. 26). Conversely, countries, such as Canada, Russia, and Australia, are grappling with the consequences of losing skilled professionals, often resorting to costly policy interventions to retain or recover human capital (Humphries et al., 2013).

* Corresponding Author

@ Res. Asst. İstanbul Medipol University, furkan.zaralioglu@medipol.edu.tr
Assoc. Prof., İstanbul University, nilerden@istanbul.edu.tr

id <https://orcid.org/0000-0002-0962-5264>
<https://orcid.org/0000-0001-8422-9109>

DOI: 10.12658/M0788
insan & toplum, 2026; 16(1): 100-128.
insanvetoplum.org

Received: 09.04.2025
Revised: 20.06.2025
Accepted: 24.09.2025
Online First: 19.01.2026

Within this broader landscape, the migration of physicians from Türkiye emerges as a case deeply intertwined with global dynamics. Since the 1970s, Türkiye has experienced a steady loss of skilled healthcare professionals, particularly physicians, due to persistent professional challenges. While several studies have explored the reasons for physician emigration, there remains a dearth of research focusing on their post-migration professional and personal experiences. Against this backdrop, the present study provides a comprehensive analysis of the motivations underlying physician migration and the multifaceted experiences of physicians in their destination countries, offering insights that integrate global trends with the specificities of the Turkish context.

The migration of physicians constitutes a strategic issue with profound implications for the healthcare systems of both sending and receiving countries (Mullan, 2005; WHO, 2006). While migrant physicians contribute to alleviating labor shortages and enhancing healthcare services in destination countries, their departure simultaneously deepens workforce gaps and reduces service quality in source countries. The challenge is further intensified by the relatively low rates of return migration among physicians, which distinguishes this group from other occupational categories and renders the phenomenon more entrenched and structural (Saxenian, 2005). International concern regarding physician migration first emerged in 1965 and was further amplified by World Health Organization reports in the 1970s. At that time, 86% of all migrant physicians were concentrated in just five countries (Mejia et al., 1979), a pattern that has since evolved with the emergence of the Gulf states as new destination regions and former Soviet nations as significant sources of medical talent.

Today, nearly one in five physicians in Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries is a migrant. However, employing many of these professionals in roles that do not fully utilize their expertise raises the issue of “brain waste” (Salt, 1997). For instance, in the United States, some migrant physicians are employed in fields, such as pharmacy, despite their formal medical qualifications (Lofters et al., 2013). The World Health Organization (WHO) forecasts a global shortage of approximately 12.9 million healthcare workers by 2035, a deficit that has already led to the closure of more than half of the healthcare facilities in countries like Mali (Friedman, 2004). The economic consequences of this trend are equally profound. Given that medical education is predominantly funded by public resources, the emigration of trained physicians imposes a substantial financial burden on the countries subsidizing their education. In the case of India, this loss has been estimated to be billions of dollars (Dovlo, 2003). Moreover, as emigrating physicians leave gaps in service provision, the remaining workforce faces intensified workloads and heightened risk of burnout (Stilwell et al., 2003).

In the Turkish context, medicine has historically been regarded as a high-prestige profession. Nevertheless, structural issues within the healthcare system have triggered a growing wave of physician migration. The Turkish Ministry of Health has identified healthcare professionals as a core component of the country's ongoing brain drain. While the average proportion of foreign physicians in OECD countries is 18.9%, this figure stands at a mere 0.2% in Türkiye, reflecting both a low rate of incoming professionals and a high rate of outbound migration. Initial studies on this topic in the 1970s cited inadequate wages, limited career development opportunities, and poor administrative conditions as key push factors. As early as 1979, approximately 11% of Turkish physicians were working abroad (Mejia, 1979). More recently, the number of physicians applying for a "good conduct certificate" a document often required for international employment, reached 3,025 in 2023 alone. Germany and the United Kingdom have emerged as the most preferred destinations for Turkish physicians. The number of Turkish physicians in Germany has tripled over the last decade, reaching 2,344. Furthermore, research on academic diaspora indicates that the migration of health researchers has adversely affected Türkiye's scientific publication output (Akçigit et al., 2023).

Several systemic issues contribute to this trend, including performance-based assessment systems, deteriorating patient-physician relationships, incidents of workplace violence, and demanding work environments. These factors undermine professional satisfaction and push physicians toward emigration. The global recognition of medical qualifications obtained in Türkiye further facilitates this process. In many cases, migration intentions begin during medical school, with recent data indicating that nearly half of medical students in Türkiye plan to pursue careers abroad upon graduation (Sancak et al., 2023). Long working hours, ambiguous career trajectories, and opaque appointment procedures exacerbate this tendency. Türkiye ranks among the OECD countries with the lowest number of physicians per 1,000 inhabitants (OECD, 2024), underscoring the urgency of the issue.

This study employed a qualitative, phenomenological research design to investigate the complex factors that shape physicians' migration decisions and post-migration experiences. Data were collected through semi-structured interviews conducted via Zoom with physicians who had emigrated. Participant confidentiality was maintained through anonymized coding, and the data were analyzed using thematic content analysis. Four main themes emerged: expectations from the profession, working conditions and experiences in Türkiye, expectations from migration, and conditions in the destination countries. To provide a more nuanced understanding of structural issues, the theme of working conditions in Türkiye was examined in greater detail.

Participants consistently emphasized the impact of family and societal expectations in shaping their decision to pursue medicine. While intrinsic motivations, such as the desire to help others and intellectual engagement, were also prevalent, external pressures played a significant role. Although medicine was initially perceived as a profession of high intellectual and social value, many participants reported a growing disillusionment as their real-world experiences diverged sharply from their expectations. Overwhelming patient loads, inadequate professional orientation, and prolonged, irregular work hours were cited as primary stressors. These challenges led to physical and psychological exhaustion, eroding the ethical foundations of medical practice and undermining the physician-patient relationship.

Professional autonomy was also perceived to be under constant threat. Physicians reported feeling constrained by hierarchical management styles, excessive bureaucratic responsibilities, and arbitrary interventions in institutional processes, such as ethics committees. Female physicians, in particular, described a lack of institutional support during pregnancy and motherhood, often encountering unsympathetic or indifferent managerial attitudes. In addition, both young and female physicians frequently reported experiencing professional devaluation and identity crises.

Concerns about physical safety and workplace security were equally prominent. Many participants cited incidents of workplace violence and the lack of protective measures as key factors diminishing their sense of professional belonging. These cumulative experiences have transformed physician migration from an individual coping strategy into a structural problem within the Turkish healthcare system.

Notably, migration decision was not primarily driven by economic motives. Instead, participants consistently emphasized the pursuit of professional respect, autonomy, academic engagement, and a secure working environment. Opportunities for continued education and more precise work-life boundaries was additional motivation. Physicians noted that healthcare institutions in destination countries offered more transparent administrative procedures, robust legal protections, and clearly defined professional roles, all contributing to an enhanced sense of job satisfaction and stability.

Post-migration experiences encompassed a complex interplay of both positive developments and significant challenges. On the positive side, participants highlighted the participatory management culture of healthcare institutions in destination countries, where physicians were routinely involved in clinical and administrative decision-making. This inclusive approach was perceived as a substantial improvement compared to their previous work environments, reinforcing a sense of professional autonomy, respect, and job satisfaction. Furthermore, transparent institutional

structures, clearly defined roles, and access to continuous professional development contributed to a more stable and supportive work atmosphere.

However, despite these advantages, the initial stages of resettlement often posed serious challenges that extended beyond the professional sphere. Language barriers and cultural differences complicated daily communication and hindered clinical integration, particularly in patient interactions. Bureaucratic hurdles, especially those related to the recognition of medical qualifications, added further strain, with some physicians required to undergo retraining or obtain additional certifications. In certain cases, participants experienced a temporary loss of professional status, working in subordinate roles, such as research assistants or interns, despite their previous expertise. However, this initially led to frustration and a sense of underemployment, many later viewed it as a transitional phase that offered valuable opportunities for growth and system adaptation. Social integration also presented challenges, as several participants reported early feelings of exclusion and cultural alienation; nevertheless, most described gradually strengthening their sense of belonging and community engagement over time. Thus, the post-migration experience was characterized by a dynamic combination of professional development, personal adaptation, and structural and emotional hurdles that demanded considerable resilience and flexibility.

The findings of this study underscore the multi-layered and deeply embedded nature of physician migration. The phenomenon reflects a convergence of institutional shortcomings, professional dissatisfaction, and broader socio-political dynamics. To effectively address this challenge, this study recommends a series of policy measures, including the improvement of working conditions, the enhancement of academic support systems, the establishment of robust mentoring frameworks, the adoption of equitable compensation policies, the implementation of strict legal protections against workplace violence, and a transition toward participatory and inclusive management models.

This study has several limitations. Snowball sampling restricted participant diversity, particularly in terms of gender, as female experiences were underrepresented. The inclusion of only one participant from the U.S. also limited the scope for international comparison. An overrepresentation of experienced physicians from Qatar might skew the findings. Moreover, distinctions between those considering return migration and those firmly settled abroad and broader dynamics, such as brain waste or brain regain, were only briefly addressed. Further research should explore these dimensions.

Kaynakça

- Agrawal, A., Kapur, D., McHale, J. & Oettl, A. (2011). Brain drain or brain bank? The impact of skilled emigration on poor-country innovation. *Journal of Urban Economics*, 69(1), 43–55.
- Ağca-Varoğlu, F. G. (2020). Almanya’da yüksek nitelikli göçmenlerin gündelik hayat deneyimleri ve baş etme süreçleri. *Journal of Economy Culture and Society*, (62), 23–46.
- Akçapar, Ş. (2006). Do brains really going down the drain? Highly skilled Turkish migrants in the USA and the ‘brain drain’ debate in Turkey. *Revue européenne des migrations internationales*, 22(3), 79–107.
- Akçığıt, U., Koç, Ç., Parmar, S., Pearce, J. & Tokmakoglu, D. (2023). *Türkiye akademik diaspora raporu: Beyin göçünden beyin gücüne*. Türkiye Bilişim Vakfı.
- Alman Tabipler Birliği. (2023). *Yabancı hekim istatistiği*. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023>
- Aluttis, C., Bishaw, T. & Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global Health Action*, 7(1), 23611.
- Appleton, S., Morgan, W. J. & Sives, A. (2006). Should teachers stay at home? The impact of international teacher mobility. *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*, 18(6), 771–786.
- Bach, S. (2003). *Migrant health workers: Is one country’s gain another’s pain?* Uluslararası Çalışma Örgütü.
- Bach, S. (2004). Migration patterns of physicians and nurses: Still the same story? *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 624–625.
- Baquiran, C. L. C. & Nicoladis, E. (2020). A doctor’s foreign accent affects perceptions of competence. *Health Communication*, 35(6), 726–730.
- Başaran, F. (1972). Türkiye’de beyin göçü sorunu. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Tarih Araştırmaları Dergisi*, 10, 133–153.
- Biondo, A. E., Monteleone, S., Skonieczny, G. & Torrisi, B. (2012). The propensity to return: Theory and evidence for the Italian brain drain. *Economics Letters*, 115(3), 359–362.
- Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi. (2023). *NHS staff from overseas: Statistics*. <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7783/>
- Creswell, J. W. (2021). *Nitel araştırma yöntemleri*. S. B. Demir & M. Bütün (Çev.), Siyasal Kitabevi.
- Çınar, S. (2022). International migration of Turkish physicians on the axis of neoliberal populist policies and authoritarianism. *Authorea Preprints*.
- Docquier, F. & Marfouk, A. (2006). International migration by education attainment, 1990–2000. Ç. Özden & M. Schiff (Eds.), In *International migration, remittances and the brain drain* (pp. 151–199). The World Bank.
- Docquier, F. & Rapoport, H. (2012). Globalization, brain drain, and development. *Journal of Economic Literature*, 50(3), 681–730.
- Docquier, F., Lohest, O. & Marfouk, A. (2005). *Brain drain in developing regions (1990–2000)* (No. 1668). IZA Discussion Papers.
- Dohlman, L., DiMeglio, M., Hajj, J. & Laudanski, K. (2019). Global brain drain: How can the Maslow theory of motivation improve our understanding of physician migration? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1182.
- Dovlo, D. (2003). The brain drain and retention of health professionals in Africa. In *A case study prepared for a regional training conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work* (pp. 23–25).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*.

- Erdem, F. & Atalay, M. (2017). The effect of health transformation policies on the resident physicians' perception of the medical profession in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(2), 189–216.
- Etikan, I., Alkassim, R. & Abubakar, S. (2016). Comparison of snowball sampling and sequential sampling technique. *Biometrics and Biostatistics International Journal*, 3(1), 55.
- Eurostat. (2021). *Healthcare personnel statistics – physicians*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians
- Forcier, M. B., Simoens, S. & Giuffrida, A. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2, 1–11.
- Friedman, E. A. (2004). *An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa: A report*. Health Action AIDS.
- Fusch, P. I. & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408–1416.
- Gibson, J. & McKenzie, D. (2011). Eight questions about brain drain. *Journal of Economic Perspectives*, 25(3), 107–128.
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(9), e641–e648.
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 42–55.
- Güzel, H. (2024). The migration of doctors from Turkey to Germany: What the numbers tell us. *IPC–Mercator Analysis*.
- Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E. & Hart, L. G. (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: Measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, 2, 1–10.
- Harman-Yıldız, G. & Özer, K. (2022). Neoliberal sağlık politikaları ve hekim göçü. *Scientific and Academic Research*, 1(1), 1–13.
- Haseeb, M. A. & Bashir, T. (2020). Challenges faced by physicians and patients to provide adequate health-care to patients, particularly the migrant population. *Middle East J Family Med*, 7(10), 264.
- Heckathorn, D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44(2), 174–199.
- Humphries, N., Connell, J., Negin, J. & Buchan, J. (2019). Tracking the leavers: Towards a better understanding of doctor migration from Ireland to Australia 2008–2018. *Human Resources for Health*, 17, 1–10.
- Humphries, N., Tyrrell, E., McAleese, S., Bidwell, P., Thomas, S., Normand, C. & Brugha, R. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain—a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Human Resources for Health*, 11(1), 63.
- Iredale, R. (2001). The migration of professionals: Theories and typologies. *International Migration*, 39(5), 7–26.
- Klingler, C. & Marckmann, G. (2016). Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: A qualitative interview study. *Human resources for health*, 14(1), 57.
- Kollar, E. & Buyx, A. (2013). Ethics and policy of medical brain drain: A review. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13845.
- Koytak, M. E. (2022). *Mesleğin dönüşümü: Hekimler ve avukatlar* [Doktora tezi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi]. İstanbul.
- Kuş-Saillard, E. (2012). *Nicel-nitel araştırma teknikleri: Sosyal bilimlerde araştırma teknikleri nicel mi? Nitel mi?*. Anı Yayıncılık.

- Lewis, S. (2015). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. *Health Promotion Practice*, 16(4), 473–475.
- Lofters, A., Slater, M. & Thulien, N. (2013). The “brain drain”: Factors influencing physician migration to Canada. *Health*, 5, 125–137.
- Martineau, T., Decker, K. & Bundred, P. (2004). “Brain drain” of health professionals: From rhetoric to responsible action. *Health Policy*, 70(1), 1–10.
- McGowan, Y., Humphries, N., Burke, H., Conry, M. & Morgan, K. (2013). Through doctors’ eyes: A qualitative study of hospital doctor perspectives on their working conditions. *British Journal of Health Psychology*, 18(4), 874–891.
- Mejia, A., Pizurki, H. & Royston, E. (1979). *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications*.
- Miles, B. & Huberman, M. (2023). *Nitel veri analizi*. S. Akbaba Altun & A. Ersoy (Eds.) (Çev.), Pegem Akademi.
- Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. *New England Journal of Medicine*, 353(17), 1810–1818.
- Muthanna, A. & Sang, G. (2018). Brain drain in higher education: Critical voices on teacher education in Yemen. *London Review of Education*, 16(2), 248–259.
- Muthanna, A. & Sang, G. (2019). State of university library: Challenges and solutions for Yemen. *The Journal of Academic Librarianship*, 45(2), 119–125.
- Nikolić, D. & Višnjić, A. (2020). Mobbing and violence at work as hidden stressors and work ability among emergency medical doctors in Serbia. *Medicina*, 56(1), 31.
- Oberoi, S. S. & Lin, V. (2006). Brain drain of doctors from southern Africa: Brain gain for Australia. *Australian Health Review*, 30(1), 25–33.
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2024). *Hekim sayısına ilişkin veri*. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.html>
- Önal, F. G. & Akay, F. E. (2024). Are Turkish doctors in deep water? The role of professional ethics and factors affecting the medical brain drain: A qualitative study from Turkey. *Developing World Bioethics*, 24(4), 284–295.
- Özden, Ç. (2006). Brain drain in Latin America. *United Nations Secretariat Mexico City*.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42, 533–544.
- Patton, M. Q. (2018). *Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri*. S. B. Demir & M. Bütün (Çev.), Pegem.
- Peppler, L. (2018). Changes in highly skilled migration policies: Turkish - German medical migration since the 1960s. *Migration Letters*, 15(4), 491–502.
- Piçakçiefte, M., Acar, G., Colak, Z. & Kılıç, İ. (2016). The relationship between sociodemographic characteristics, work conditions, and level of “mobbing” of health workers in primary health care. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(3), 373–398.
- Povrzanović Frykman, M. & Mozetič, K. (2020). The importance of friends: Social life challenges for foreign physicians in Southern Sweden. *Community, Work & Family*, 23(4), 385–400.
- Pranjić, N., Maleš-Bilić, L., Beganlić, A. & Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey study. *Croatian medical journal*, 47(5), 750–758.
- Salt, J. (1997). International movements of the highly skilled. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 3. OECD Publishing.
- Sancak, B., Selek, S. N. & Sarı, E. (2023). Depression, anxiety, stress levels and five-factor personality traits as predictors of clinical medical students’ migration intention: A cross-sectional study of brain drain. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(4), 1015–1031.

- Saxenian, A. (2005). From brain drain to brain circulation: Transnational communities and regional upgrading in India and China. *Studies in Comparative International Development*, 40(2), 35–61.
- Schultz, C. & Rijks, B. (2014). *Mobility of health professionals to, from and within the European Union*. Uluslararası Göç Örgütü.
- Schumann, M., Maaz, A. & Peters, H. (2019). Doctors on the move: A qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany. *Globalization and Health*, 15(1), 1–9.
- Schumann, M., Sepke, M. & Peters, H. (2022). Doctors on the move 2: A qualitative study on the social integration of Middle Eastern physicians following their migration to Germany. *Globalization and Health*, 18(1), 78.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British journal of pain*, 9(1), 41–42.
- Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Dal Poz, M. R., Adams, O. & Buchan, J. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: Conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 1, 1–13.
- Sunar, L., Kaya, Y., Otrar, M., Nerse, S., Demiral, S. & Kalpaklıoğlu, B. (2015). Türkiye’de çalışma yaşamı ve mesleklerin itibarı. In *Sosyoloji Günleri XLI*. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü/istihdamı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı.
- Türk Tabipleri Birliği. (2023). *İyi hal başvuru sayısı*. <https://x.com/ttborgtr/status/1740746140457279822>
- Uğur, N. (2022). Great risk for education cost: Brain drain (Resident physicians case). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2), 115–125.
- Uluslararası Çalışma Örgütü. (2023). *International labour migration in the health sector: A manual for participatory assessment of policy coherence*.
- Uluslararası Göç Örgütü. (2024). *World Migration Report 2024*.
- Ungureanu, M., Wiskow, C. & Santini, D. (2019). The future of work in the health sector. *Uluslararası Çalışma Örgütü*.
- Ünlütürk, Ç. (2023). Sağlık hizmetleri dönüşürken hekim emeği nasıl dönüştü: Proleterleşme, şiddet ve göç. *Çalışma ve Toplum*, 4(79), 3311–3332.
- Wadhwa, V. (2009). A reverse brain drain. *Issues in Science and Technology*, 25(3), 45–52.
- Weaver, R., Peters, K., Koch, J. & Wilson, I. (2011). ‘Part of the team’: Professional identity and social exclusivity in medical students. *Medical Education*, 45(12), 1220–1229.
- Wertz, F. J. (2005). Phenomenological research methods for counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 167.
- Wijesinghe, D. P. S. & Jayawardane, V. P. T. (2021). The determinants of migration of Sri Lankan young engineers to Australia—A case study.
- Wong, A. & Trollope-Kumar, K. (2014). Reflections: An inquiry into medical students’ professional identity formation. *Medical Education*, 48(5), 489–501.
- Wu, L. X., Qi, L. & Li, Y. (2016). Challenges faced by young Chinese doctors. *The Lancet*, 387(10028), 1617.
- Xaplanteri, P. (2022). Correlates of mobbing among medical residents in a university. *Stress-Related Disorders*, 155.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, S. & Aydın, S. K. (2023). Why is Turkey losing its doctors? A cross-sectional study on the primary complaints of Turkish doctors. *Heliyon*, 9(9), e19234.