


Meditation Journal



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido

Creato con LoomJournals

Come Usare Questo Diario

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedica qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi

-
- Before sitting, log the meditation type you plan to practice and rate your current mood
 - After your session, record the duration and rate your mood again to see the shift
 - Rate your focus quality honestly — scattered sessions are still valuable data
 - In the reflection area, write freely about your experience: sensations, thoughts, stillness
 - Note distractions, insights, and moments of gratitude to deepen your self-understanding



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*

Data: _____

Durata (min): _____

Tipo di meditazione: _____

Umore prima (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore dopo (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità della concentrazione 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione sulla meditazione *(com'è andata la tua sessione? esperienze, sensazioni o pensieri degni ...)*

Distrazioni *(cosa ti ha tolto la concentrazione? suoni esterni, pensieri, fastidio?)*

Intuizioni *(realizzazioni, chiarezza o momenti di quiete da ricordare?)*
